La qualité des soins et services, une fierté !

Centre de santé et de services sociaux
de Kamouraska

Rapport annuel de gestion 2014-2015

Conception et réalisation : M^me^ Lucie Bérubé
Correction orthographique et mise en page : M^me^ Annick Bernard

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2014-2015

Ce rapport annuel est disponible sur notre site Web à l'adresse suivante : wwwcssskamouraska.ca

La qualité des soins et services, une fierté !

Centre de santé et de services sociaux
de Kamouraska

TABLE DES MATIÈRES

1. MESSAGE DES AUTORITÉS 5
1.1 Message du président du conseil d'administration, M. Jean Desjardins 5
1.2 Messages des autorités - Direction générale et des directions 6
2. DÉCLARATION 14
2.1 Déclaration de fiabilité des données présentées au rapport et des contrôles afférents 14
2.2 Rapport de la direction 14
3. PRÉSENTATION DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA 16
3.1 Mission 16
3.2 Présentation des faits saillants 16
3.3 Caractéristiques de la population du Kamouraska 16
3.4 Description des services offerts 21
3.5 Diagramme du réseau locl de services de santé et de services sociaux (RLS) du Kamouraska 23
3.6 Organigramme du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska 23
4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE L'ENTENTE DE GESTION 24
4.1 Les objectifs prévus au plan stratégique pluriannuel de l'établissement 24
4.2 Les résultats au regard de l'entente de gestion 39
4.3 Autres informations relativement à l'application de la Loi 50
5. CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (CHAPITRE S-4.2) 54
5.1 Les membres du conseil d'administration au 31 mars 2015 54
5.2 Les conseils et les comités institués en vertu de la Loi 55
6. PRÉSENTATION DES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT 57
6.1 Extraits des états financiers et analyse des résultats 59
6.2 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 59
ANNEXE A - RAPPORT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES, DU MÉDECIN EXAMINATEUR ET DES DIFFÉRENTS CONSEILS OU COMITÉS 60
Rapport annuel de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services 61
Rapport annuel du comité de vigilance et de la qualité 64
Rapport annuel du comité de gestion des risques 65
Rapport annuel du comité de révision 69
Rapport annuel du comité des usagers et des comités des résidents 70
Rapport annuel du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) 86
Rapport annuel du conseil des infirmières et infirmiers (CII) 91
Rapport annuel du comité exécutif des infirmières et infirmiers auxiliaires 95
Rapport annuel du conseil multidisciplinaire 97
Rapport annuel du comité de gouvernance et d'éthique 101
Rapport annuel du comité des ressources humaines du conseil d'administration 104
ANNEXE B - RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT 106
ANNEXE C - EXTRAITS DES ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS 108
ANNEXE D - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 128
ANNEXE E - RAPPORT DE LA FONDATION DE L'HÔPITAL DE NOTRE-DAME-DE-FATIMA 157

1. MESSAGE DES AUTORITÉS

1.1 MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION, M. JEAN DESJARDINS

Tout d'abord, je tiens à remercier toutes les personnes qui œuvrent au sein du CSSS de Kamouraska pour avoir obtenu la certification « AGRÉE AVEC MENTION » par Agrément Canada et le Conseil québécois d'Agrément suite à la visite effectuée en octobre 2014. En parcourant ce rapport annuel de gestion 2014-2015, vous pourrez remarquer le résultat des efforts qui ont été faits au cours des trois dernières années pour améliorer et ajuster notre offre de service en fonction des besoins de la population.

Au cours de l'année, le conseil d'administration a exercé une vigilance accrue pour assurer le maintien de l'accessibilité et de la qualité des services dans un contexte de rigueur économique. À cette fin, il s'est assuré de recevoir régulièrement les indicateurs de gestion clinique, humaine et financière ainsi que ceux des infections nosocomiales notamment. À cet égard, le conseil d'administration et la direction générale analysent minutieusement le tableau de bord de gestion qui est déposé aux deux mois.

L'équilibre budgétaire et le bilan de l'entente de gestion confirment que le CSSS de Kamouraska a atteint la plupart des résultats escomptés notamment au regard des priorités ministérielles. Cela témoigne de la volonté de notre personnel et de nos gestionnaires à améliorer constamment l'accessibilité et la qualité de nos services, de faire mieux dans le respect des ressources disponibles et de collaborer activement aux priorités de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

En conclusion, je tiens à remercier particulièrement M^{me} Marie-Claude Ouellet, directrice générale et toute l'équipe de direction qui voient leur poste aboli par l'adoption de la loi 10. Je souhaite que, malgré cette mouvance, vous puissiez rencontrer de nouveaux défis à la hauteur de vos grandes compétences. Pour les autres personnes dont les postes ne sont pas touchés par ce changement de structure, sachez que c'est votre maturité et votre sens des responsabilités qui permettront au CSSS de Kamouraska de continuer d'offrir des services sécuritaires et de qualité. Le rôle de chacun de vous a une très grande importance pour préserver et développer les acquis en matière de santé et de services sociaux tant pour la mission hospitalière, la mission CLSC que pour la mission de l'hébergement et de soins de longue durée sur le territoire du Kamouraska.

Un merci sincère est aussi adressé aux membres du conseil d'administration pour leur expertise et leur grande disponibilité.

À titre de bénévoles et au nom de tous les membres du conseil d'administration, nous quittons notre mandat avec le sentiment du devoir accompli. Nous avons exercé notre rôle avec rigueur et engagement et, les décisions que nous avons prises ont pu, au cours de toutes ses années, témoigner de l'attachement profond envers notre milieu et ce, pour le mieux-être de la population dont nous faisons partie.

1.2 MESSAGE DES AUTORITÉS – DIRECTION GÉNÉRALE ET DES DIRECTIONS

L'année 2014-2015 a été une année de récolte suite aux décisions et réalisations effectuées depuis plusieurs années. Depuis l'arrivée de M^{me} Marie-Claude Ouellet à titre de directrice générale du CSSS de Kamouraska en juillet 2014, elle n'a pu que constater la maturité de l'équipe de direction en place qui a su bâtir, avec efficience, les meilleurs chemins pour assurer le suivi des activités du CSSS de Kamouraska et l'avancement des différents dossiers.

Notons tout d'abord les efforts qui ont été consentis à la préparation du processus d'agrément qui ont permis de répondre à 100 % des pratiques organisationnelles requises et à plus de 80 % des critères à priorité élevée avec un personnel mobilisé face à la qualité et la sécurité des soins. Pour se distinguer, l'équipe de direction a appliqué les normes liées à la qualité et à la sécurité des soins, à la saine gestion, à l'accessibilité aux services, à la continuité des soins et des trajectoires optimales et à la communication organisationnelle efficace. D'ailleurs, les pratiques exemplaires qui ont été reconnues par les visiteurs d'Agrément dans certains domaines (périnatalité, obstétrique, santé mentale, prévention des maladies chroniques, soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), hébergement de longue durée, etc.) font la fierté de cette certification d'Agrément avec mention.

Outre cette certification avec mention, certaines des réalisations sont aussi source de fierté pour le CSSS de Kamouraska, notamment :

L'adaptation des services SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées), direction des services à la clientèle et de la qualité (M. Frédéric Gagnon, directeur)

Dans le cadre de l'adaptation importante de l'offre de service aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie effectuée en 2012 et complétée en 2014, les actions effectuées ont permis de revoir le nombre de places d'hébergement de longue durée, de rehausser les services à domicile, de développer des ententes avec les partenaires de la communauté, de spécialiser certaines ressources et d'optimiser plusieurs processus de travail. Ce changement a non seulement permis aux personnes âgées en perte d'autonomie de recevoir davantage de services à domicile contribuant à maintenir leur autonomie le plus longtemps possible, et ce, dans leur milieu, mais aussi de diversifier la gamme de services offerts et répondre plus adéquatement aux besoins de clientèles spécifiques (personnes ayant des troubles cognitifs, adultes ayant une déficience physique importante, proches aidants, etc.). Le principe de hiérarchisation des services est donc respecté puisque le CSSS de Kamouraska utilise d'abord les ressources de la communauté et, en dernier recours, la solution de l'hébergement institutionnel. Le CSSS de Kamouraska a fait preuve de courage managérial en accomplissant ces actions importantes inspirées des orientations ministérielles et la volonté des personnes à demeurer dans leur milieu le plus longtemps possible.

La révision des processus de travail – Prêt d'équipement au Soutien à domicile (SAD), direction des services à la clientèle et de la qualité (M. Frédéric Gagnon, directeur)

La réorganisation complète du service de prêt d'équipement pour les usagers en perte d'autonomie à domicile et pour les personnes ayant une déficience physique est une autre réalisation qui a permis au CSSS de Kamouraska de s'aligner avec les orientations régionales d'optimisation et de révision de processus de travail. Ces travaux ont notamment permis l'amélioration de l'accessibilité des services pour la clientèle en déficience physique (DP) et pour les personnes en perte d'autonomie (SAPA), tout en diminuant les coûts (perte d'équipements et gestion de l'inventaire).

La trajectoire des demandes est maintenant simple et centralisée et l'entente de prêt d'équipement est claire. Une meilleure gestion de l'inventaire, dans un entrepôt unique avec un système de gestion informatisé permet une accessibilité accrue pour la clientèle. De plus, le personnel est hautement satisfait de la gestion efficace (moins de perte de temps et de zones grises).

Le projet d'amélioration des processus de travail à la clinique externe de physiothérapie, direction de programmes et des soins infirmiers (M^me^ Brigitte Legault, directrice)

La révision des mécanismes d'accessibilité pour les services de physiothérapie offerts à la clientèle ambulatoire à la clinique externe de physiothérapie de l'hôpital Notre-Dame-de-Fatima a été tout un défi. Les responsables voulaient offrir une meilleure accessibilité aux services et améliorer les délais d'attente et de prise en charge de la clientèle. L'offre de service, le mandat défini pour la clinique externe ainsi que la répartition des ressources ont donc été revus afin de mieux répondre aux besoins des différents programmes offerts à l'hôpital (services généraux, santé physique et jeunes en difficulté) et de favoriser une meilleure utilisation des ressources humaines en place tout en améliorant la satisfaction au travail des employés.

Après une année de déploiement, les résultats obtenus surpassent les attentes tant au niveau de l'impact recherché sur la clientèle que sur le personnel et l'organisation des services. Ce nouveau processus simplifié et le travail d'équipe donnent des résultats tangibles et dégagent une vision commune qui favorise l'adhésion du personnel.

Indicateur	Résultat initial	Objectif	Résultat final	Atteinte de l'objectif
Délai moyen d'attente pour la clientèle non prioritaire (P3 et P4)	213 jours	Diminuer les délais d'attente de 10 % pour la clientèle non prioritaire, soit les priorités 3 et 4	109 jours	Surpassement de l'objectif Diminution de 49 % du délai d'attente
Délai d'attente moyen (P1 à P4)	177 jours	Diminuer les délais d'attente généraux de 10 % soit pour l'ensemble de la clientèle, toutes priorités confondues	109 jours	Surpassement de l'objectif Diminution de 38 % du délai d'attente
Nombre de cas sur la liste d'attente (P1 à P4)	159 cas	Diminuer le nombre de cas en liste d'attente de 10 %	55 cas	Surpassement de l'objectif Diminution de 65 % du nombre de cas

Les communications

La responsabilité des dossiers majeurs organisationnels notamment la gouvernance, l'accès aux documents, le plan d'organisation, la planification stratégique et la gestion documentaire a été confiée à la responsable des communications, M^me^ Lucie Bérubé. Ainsi, imprégnées du caractère stratégique et des orientations du CSSS de Kamouraska, les communications internes et externes offrent une plus grande fluidité et accessibilité pour tous. L'identification des partenaires politiques et contractuels a été faite et de bonnes relations de collaboration ont été créées. Le réseau de communication interne de type « Web » pour la formation et développement des compétences et l'accès à l'information fondé sur les pratiques exemplaires et les meilleures pratiques ont été mis en place et consolidés.

Les autres projets

D'autres projets ont eu un impact positif sur l'efficacité énergétique, sur l'environnement et sur la diminution des coûts. En effet, dans le cadre du virage vert, un chauffe-eau solaire au centre administratif et CLSC Les Aboiteaux de Saint-Pascal ainsi qu'un projet de géothermie pour climatiser les cuisinettes au centre d'hébergement D'Anjou ont été installés. Notons aussi le projet de biomasse utilisant des résiduels forestiers au lieu de mazout lourd à l'hôpital Notre-Dame-de Fatima et au CLSC Les Aboiteaux à La Pocatière.

Finalement, on ne peut passer sous silence la mise en place du dossier numérisé qui a été reconnu comme un des points forts du CSSS de Kamouraska par les visiteurs d'Agrément. L'impact positif de ce dossier numérisé est qu'il est facilement accessible et disponible aux médecins du territoire, ce qui facilite le suivi de la clientèle.

Au cours de l'année 2015-2016, certains dossiers majeurs, modulés en fonction des priorités du nouveau centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) retiendront notre attention notamment :

DANS LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS :

Services médicaux en omnipratique

√ Continuer une prise en charge optimale par les médecins de famille;
√ Conserver la polyvalence, soit le travail en GMF-Hospitalisation-Urgence-CHSLD pour la plupart des médecins;
√ Suivre l'évolution de la Loi 10 et 20.

Services médicaux en spécialité

√ À arrimer selon l'organigramme du CISSS (suite à la loi 10) et le projet de loi 20.

Accès aux services médicaux de première ligne dans la communauté

√ À arrimer en fonction de la loi 10 et du projet de loi 20;
√ Poursuivre l'optimisation de l'organisation des soins et de la pratique professionnelle en favorisant la collaboration interprofessionnelle;
√ Poursuivre le recrutement et favoriser le taux de rétention des effectifs médicaux et autres professionnels;
√ Offrir des soins et services constants en médecine spécialisée;
√ Optimiser l'offre de soins médicaux du secteur Est de la MRC de Kamouraska.

Services hospitaliers

√ Optimiser l'offre de soins pharmaceutiques;
√ Maintenir l'efficience du bilan comparatif des médicaments (BCM);
√ Continuer d'assurer la présence des pharmaciens aux différents comités et rencontres.

Les différents dossiers avancent bien notamment ceux du comité antibiothérapie, du département de biologie médicale et de la prévention des infections.

DANS LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL :

Élaboration d'un programme de gestion des talents (cadres)

√ Assurer, un soutien au niveau des cadres intermédiaires.

Mise sur pied du Service régional de la paie du réseau de la santé et services sociaux du Bas-Saint-Laurent

√ Assurer la bonne marche de ce dossier majeur et innovateur.

Projet d'amélioration des conditions d'exercice des cadres

√ Assurer la pérennité de ce projet qui s'est finalisé en 2014-2015.

Élaboration d'un programme de reconnaissance

√ Assurer la continuité du programme de reconnaissance à titre de levier de mobilisation des ressources humaines.

Gestion efficiente de l'assurance-salaire

√ Maintenir la pérennité du répertoire des bonnes pratiques de gestion en matière d''assurance-salaire et de CSST.

Mise en place du programme « Entreprise en Santé »

√ Continuer les actions afin de contribuer à l'amélioration de la santé et la sécurité du personnel.

DANS LA DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, TECHNIQUES ET INFORMATIONNELLES :

Situation financière

√ Mettre en place des mesures d'optimisation pour l'année 2014-2015 en fonction des cibles prescrites par le MSSS et de s'assurer de leurs pérennités;

√ Poursuivre les suivis budgétaires intensifs tout au cours de l'année;

√ Participer activement à la mise en place de mesures d'optimisation régionale.

Situation en hôtellerie (alimentation, buanderie et hygiène et salubrité)

√ Procéder à la formation des pilotes des différents logiciels « Pro Menu » « Propre », du formateur et du personnel en hygiène et salubrité (mise à jour de la formation du personnel en place et des nouveaux employés);

√ Mettre en place des audits de qualité en hygiène et salubrité;

√ S'assurer de la performance financière des services d'hôtellerie.

Situation immobilière et matérielle

√ S'assurer du maintien des immobilisations en bon état en invertissant annuellement plus de 950 000 $;

√ S'assurer de la mise en place de la biomasse forestière;

√ Identifier le financement pour le remplacement des équipements médicaux (le renouvellement des équipements médicaux a été fait en cours d'année : lits électriques, appareil échographie, etc.);

√ Consolider l'utilisation « Octopus » pour l'entretien de nos bâtiments.

Contrats de services
Le tableau ci-dessous fournit les renseignements relatifs aux contrats de services, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, que le CSSS de Kamouraska a conclus entre le 1er janvier 2015 et le 31 mars 2015 :

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique[1]	1	97 998 $
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	0	0 $
Total des contrats de service	1	97 998 $

Situation informationnelle
- √ Assurer la continuité des systèmes d'information et la formation de leur pilote;
- √ Actualiser les recommandations sur la sécurité de nos systèmes d'information;
- √ Maintenir et optimiser les compétences des trois techniciens qui constituent l'équipe informatique en place (réseau, serveur, etc.);
- √ Mettre à jour les systèmes d'information notamment : MédiPatient, MédiClinic, Labo, etc.;
- √ Consolider l'utilisation « Octopus » pour les demandes de services;
- √ Assurer la continuité des ressources informationnelles dans le projet de regroupement des ressources informationnelles (RI).

Le responsable de la sécurité des actifs informationnels préside le comité sur la sécurité des actifs informationnels et s'assure du suivi des différents dossiers en vertu de l'article 2.3 b de la section II du cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux organismes du Réseau de la santé et des services sociaux – Volet sur la sécurité.

DANS LA DIRECTION DES SERVICES À LA CLIENTÈLE ET DE LA QUALITÉ :

Suivi de la démarche d'Agrément
- √ Maintenir le type d'agrément « agréé avec mention » en gardant le personnel mobilisé face à la sécurité et la qualité des soins et services;
- √ Maintenir le niveau élevé de satisfaction des soins et services;
- √ Réviser le programme d'amélioration continue et intégrée de la qualité.

Déficience intellectuelle – TSA
- √ Répondre aux enjeux de la clientèle vivant avec des problématiques multiples et vieillissante;
- √ Rehausser ou créer des ententes de partenariat avec les organismes communautaires en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DI-TSA) pour compléter la gamme de services de ce programme;
- √ Mettre à jour les outils cliniques;
- √ Bonifier l'expertise professionnelle dans les secteurs de l'ergothérapie, physiothérapie et soins infirmiers de 1re ligne.

[1] Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.
[2] Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

Déficience physique

√ Maintenir à jour les outils d'évaluation multiclientèle (OEMC) pour l'ensemble de la clientèle en déficience physique (DP) au Kamouraska.

Dépendance

√ Maintenir le développement de l'expertise en 1re ligne pour le repérage et l'intervention initiale;

√ Maintenir les ententes avec le milieu pour une prise en charge rapide, lorsque requis.

Gestion des risques

√ Poursuivre les activités préventives aux chutes et aux erreurs de médicament;

√ Maintenir les activités de sensibilisation sur l'importance de la déclaration et de la divulgation;

√ S'assurer d'un suivi rapide et efficace accordé aux événements sentinelles (de plus grande gravité) durant la période de changements à venir.

Itinérance

✓ Assurer la pérennité des mesures mises en place par la Table Alliance Solidarité Kamouraska (ASK).

Jeunesse et jeunes en difficulté

√ Relancer l'approche « École en santé » dans les écoles primaires et secondaires;

√ Ajuster le programme L'EnTrain (réalisé avec le Centre jeunesse) en fonction des résultats de l'évaluation de la phase d'implantation;

√ Poursuivre les collaborations avec le Cégep et l'ITA de La Pocatière pour le repérage de la clientèle vulnérable et la référence;

√ Arrimer davantage les services pour les jeunes en difficulté et les mesures de protection de la jeunesse (Projet Passage).

Ressources intermédiaires pour aînés

√ Maintenir des places en ressources intermédiaires (RI) et en ressources intermédiaires spécialisées (RIS) pour répondre aux besoins d'une population vieillissante;

√ Assurer la gestion des demandes d'accès aux RI et RIS provenant des territoires voisins (Témiscouata et Rivière-du-Loup);

√ Faire le suivi des visites ministérielles en RI;

√ Poursuivre l'analyse des indicateurs de qualité en RI et émettre des recommandations aux propriétaires en lien avec les commentaires des usagers (sondage maison portant sur la qualité effectué en février 2015).

Réseau local de services (RLS) et concertation

√ Augmenter le dynamisme du RLS au Kamouraska;

√ Revoir les zones de partenariat suite à la révision à la baisse du financement des actions concertées;

√ Arrimer le processus de révision de la planification stratégique de la MRC et du CISSS du Bas-Saint-Laurent;

√ Assurer une place importante au développement social dans la nouvelle planification stratégique de la MRC;

√ Assurer, dans un avenir rapproché, le développement d'une vision commune et d'une planification intégrée du milieu communautaire, municipal et des acteurs institutionnels (santé, scolaire et emploi) en étroite collaboration afin d'éviter le recul de la concertation locale.

Santé mentale et santé mentale jeunesse

- √ Poursuivre l'implantation des meilleures pratiques en santé mentale;
- √ Actualiser les mesures du prochain plan d'action ministériel en santé mentale;
- √ Influencer positivement la mobilisation des partenaires dans la réalisation d'actions concertées (capsules portant sur la promotion de la santé mentale, promotion de saines habitudes de vie psychologiques, etc.);
- √ Accentuer les actions afin de mieux faire connaître le service de santé mentale auprès de la population;
- √ Assurer le suivi de la clientèle croissante dans le service de psychologie;
- √ Maintenir la grande collaboration entre l'équipe du suivi d'intensité variable (SIV) qui relève du CSSS de Kamouraska et celle du suivi intensif (SI) qui relève du CSSS de Rivière-du-Loup.

Santé publique

- √ Consolider les liens et les ententes de partenariat avec les municipalités locales;
- √ Assurer la pérennité des mesures et actions concertées en santé publique malgré les restrictions budgétaires actuelles dans tous les réseaux (scolaire, employabilité, organismes communautaires, développement économique et social).

Soutien à l'autonomie des personnes âgées

- √ Maintenir les investissements au soutien à domicile (SAD) pour agir en amont de l'hébergement institutionnel;
- √ Convenir d'ententes avec les résidences privées dans le cadre de la loi 16[3];
- √ Convenir d'ententes avec les résidences privées concernant l'offre d'activités de jour à caractère occupationnel;
- √ Poursuivre la concertation locale pour un « vieillissement en santé »;
- √ Poursuivre le projet de recherche avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec concernant l'accompagnement offert aux aînés lors d'un choix portant sur leur type de résidence;
- √ Demeurer vigilant face à la qualité des services aux ainés en résidence privée (certification);
- √ Partager aux autres territoires du Bas-Saint-Laurent l'expertise développée au Kamouraska sur la gestion du parc de prêt d'équipement;
- √ Finaliser les ajustements au centre de jour communautaire et au centre de jour spécialisé pour les personnes ayant un trouble cognitif;
- √ Finaliser l'implantation du programme de soins palliatifs en CHSLD;
- √ Maintenir et poursuivre le développement de l'approche milieu de vie en CHSLD.

Sécurité civile et plan des mesures d'urgence (PMU)

- √ Poursuivre la visite des installations avec les services municipaux de sécurité incendie;
- √ Actualiser la formation du personnel;
- √ Mettre en place des mesures d'amélioration suite aux rapports des services de sécurité incendie;
- √ Procéder à une simulation d'évacuation des installations (hôpital et centres d'hébergement en priorité).

Services sociaux généraux

- √ Augmenter les plans d'intervention et les plans de service individualisé.

[3] Loi 16 : Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés

Suivi visite d'appréciation de la qualité en CHSLD

- √ Bonifier la programmation de loisirs pour offrir une continuité des activités sur sept jours;
- √ Poursuivre la formation s'adressant aux préposés aux bénéficiaires (PAB) portant sur le déplacement sécuritaire de la clientèle (PDSB) et l'approche milieu de vie;
- √ Rehausser et maintenir les compétences en soins infirmiers en CHSLD;
- √ Adopter un programme de soins palliatifs spécifique et adapté à la réalité des CHSLD.

DANS LA DIRECTION DE PROGRAMMES ET DES SOINS INFIRMIERS :

Santé physique

- √ Assurer une équipe minimale pour les services (obstétrique, chirurgie, urgence, soins intensifs) du programme santé physique en richesse relative, malgré le faible volume de certains secteurs d'activité;
- √ Assurer le maintien de l'expertise considérant le faible volume de certains secteurs d'activité;
- √ Continuer les efforts d'attraction et de rétention des professionnels (inhalothérapeute, ergothérapeute, physiothérapeute, infirmière clinicienne);
- √ Rehausser la pratique infirmière dans toutes les missions;
- √ Maximiser l'utilisation de l'urgence hospitalière (priorités 4 et 5).

Soins infirmiers

- √ Maintenir la qualité de l'acte infirmier dans les domaines où le volume d'activités est bas (bloc opératoire, pédiatrie, obstétrique);
- √ Assurer le rehaussement des compétences des infirmières auxiliaires et de l'infirmière en lien avec l'introduction de nouvelles activités;
- √ Assurer le support clinique au personnel infirmier dans le contexte où le gestionnaire ne détient pas de compétence en soins infirmiers;
- √ Consolider les ordonnances collectives;
- √ Bonifier le rôle de l'infirmière en GMF;
- √ S'assurer d'un suivi quant à la mise en place d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS) pour le Kamouraska.

De beaux défis sont donc sur la table pour la prochaine année.

En terminant, je tiens à remercier le président du conseil d'administration, M. Jean Desjardins, les membres du conseil d'administration pour leur grande disponibilité et leur expertise ainsi que l'équipe de direction, les cadres intermédiaires, le personnel et les médecins qui travaillent quotidiennement à bien répondre aux besoins exprimés par la population.

Un merci particulier est aussi adressé aux bénévoles du CSSS de Kamouraska.

M^me^ Isabelle Malo
Présidente-directrice générale du CISSS du Bas-Saint-Laurent

2. DÉCLARATION

2.1 DECLARATION DE FIABILITE DES DONNÉES PRESENTÉES AU RAPPORT ET DES CONTROLES AFFÉRENTS

À titre de présidente-directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

M[me] Isabelle Malo
Présidente-directrice générale du CISSS du Bas-Saint-Laurent

M[me] Caroline Morin
Directrice des ressources financières

2.2 RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska ont été complétés par la direction des ressources financières, techniques et informationnelles qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification, des immobilisations et des ressources informationnelles. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Mallette S.E.N.C.R.L. dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Mallette S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification, des immobilisations et des ressources informationnelles pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

M^{me} Isabelle Malo
Présidente-directrice générale du CISSS du Bas-Saint-Laurent

3. PRÉSENTATION DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA

Situé à l'entrée du Bas-Saint-Laurent dans la belle région du Kamouraska, le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska est un établissement issu de la fusion de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima, du CLSC Les Aboiteaux et du CHSLD Regroupement Kamouraska. Le CSSS de Kamouraska dispose d'un budget de 43 millions, d'environ 450 employés, d'une équipe d'encadrement dynamique et d'une équipe médicale de 27 médecins. Comptant cinq installations, le CSSS de Kamouraska assure le fonctionnement d'un établissement à triple mission et se veut un réseau de services intégrés auprès d'une population d'environ 22 000 personnes dans la MRC de Kamouraska.

3.1 MISSION

La mission du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population de la MRC de Kamouraska en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Kamouraska.

3.2 PRÉSENTATION DES FAITS SAILLANTS

Les faits saillants ainsi que les principales modifications apportées durant l'exercice sont présentés à l'intérieur du message des autorités.

3.3 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DU KAMOURASKA

Les fiches qui se retrouvent dans les prochaines pages présentent les principales caractéristiques de la population du Kamouraska ainsi que les principales données de santé.

Fiche sociosanitaire

RLS de Kamouraska

Photo : Roger Dubé

Kamouraska

IDENTIFICATION

No. Permis : 1104-3379

CSSS de Kamouraska	Directrice générale :	Marie-Claude Ouellet
575, avenue Martin	Président du conseil d'administration :	Jean Desjardins
Saint-Pascal	Téléphone :	418 856-7000 poste 3229
G0L 3Y0	Télécopieur :	418 492-1793

PRINCIPALES INSTALLATIONS ET MISSIONS[1]

CHSGS	**CHSLD**	**CPEJ**
Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	Centre d'hébergement d'Anjou, Saint-Pacôme	Point de service : La Pocatière
1201, 6e Avenue	Nombre de places : 53	
La Pocatière G0R 1Z0		**CRDITED**
Bassin de desserte[r] : 11 047	Centre d'héberg. Villa Maria, Saint-Alexandre	Points de service : La Pocatière et
	Nombre de places : 52	Saint-Pascal
CLSC		
Points de service : Saint-Pascal		**CRPAT (L'Estran)**
et La Pocatière		Points de service : La Pocatière et
		Saint-Pascal

NOMBRE DE PLACES[11]	Au permis[23]	Dressés[r]	Normés[11]
Soins généraux et spécialisés (CHSGS)	49	33	24
Civières autorisées (excluant réanimation)	7		
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)[22]	105	105	136
Ressources intermédiaires (RI) :	Reconnues	**(En date du 5 mars 2015)**	
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	69		
Santé mentale	9	(sous la resp. du CSSS de Riv.-du-Loup)	
Déficience physique	0		
Déficience intellectuelle/TED	0		
Jeunes	0		
Ressources de type familial (RTF) :			
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	0		
Santé mentale	19	(sous la resp. du CSSS de Riv.-du-Loup)	
Déficience physique	0		
Déficience intellectuelle/TED	61	(sous la responsabilité du CRDITED)	
Jeunes	26	(sous la responsabilité du CJ)	
Ressources privées (RPA)[25] :			
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (mai 2014)	669		
Ressource établissement pour clientèle en santé mentale (Vieux Théâtre rattaché au CSSS de Rivière-du-Loup)	6		

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES[19]	Nombre	Nombre	Nombre
Plan d'effectif médical 2014 (en date du 9 juin 2014)	**En place**	**Besoins**	**Autorisé**
Médecins omnipraticiens	27	30	27
Médecins spécialistes	5	7	6
		Nombre	
Cliniques médicales privées		5	
Groupes de médecine familiale (GMF) accrédités		1	
Pharmacies communautaires		6	
Cliniques dentaires		4	
Dentistes en pratique privée		8	
Dentistes avec privilèges en milieu hospitalier		2	
Nombre d'organismes communautaires subventionnés de la santé et des services sociaux[e]		13	
Commission scolaire de Kamouraska-Rivière-du-Loup (secteur Kamouraska) - nombre d'installations		19	
Nombre d'écoles primaires		15	
Nombre d'écoles secondaires		2	
Nombre d'écoles primaires et secondaires		0	
Nombre de centres de formation pour adultes		2	
Nombre de centres de formation professionnelle		0	
Nombre d'écoles secondaires privées		1	
Nombre de cégeps/centres d'études collégiales		1	

RESSOURCES FINANCIÈRES[19] **Budget 2014-2015** **(Données excluant le CJ et CRDITED)**			
Au 7 février 2015 :			
Charges :	41 290 937 $	Surplus (déficits) cumulés au 31/03/14	709 720 $
Revenus :	2 556 203 $	Résultat d'exploitation prévu 2014-2015	- $
Net :	38 734 734 $	Surplus (déficits) cumulés prévus au 31/03/15	709 720 $

Traitement et compilation : Équipe Surveillance et infocentre, Direction de santé publique,
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Mise à jour : 11 mars 2015

RESSOURCES HUMAINES[19] (2013-2014)	**(Données excluant le CJ et CRDITED)**	Nombre TC	Nombre TP(ETC)	ETC
Personnel cadre		17	2	19
Personnel régulier		284	102	386
Personnel non détenteur de postes				56

RESSOURCES MATÉRIELLES[19]		**(En date du 6 août 2014, données excluant le CJ et CRDITED)**	
Projets en cours	**Coût du projet**	**Description**	**État d'avancement**
Relocalisation du CLSC de La Pocatière à l'hôpital Notre-Dame-de-Fatima	1 120 000 $	Agrandissement et réaménagement sélectif des espaces de l'hôpital et du Pavillon Cécile Malenfant	Complété
Enveloppe de rénovations fonctionnelles autres que CHSLD	81 560 $	Année 2013-2014	
Enveloppe de maintien d'actifs immobiliers	913 592 $	Année 2013-2014	
Enveloppe de renouvellement d'équipements spécialisés et médicaux	399 879 $	Année 2013-2014	
Enveloppe de renouvellement d'équipements et de mobilier	122 170 $	Année 2013-2014	

POPULATION	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
0-17 ans	3 575	16.8%	32 876	16.4%	18.5%
12-17 ans	1 163	5.5%	10 562	5.3%	5.6%
18-64 ans	12 532	58.9%	122 452	60.9%	63.9%
12 ans et plus	18 856	88.7%	178 613	88.9%	87.3%
65 ans et plus	5 161	24.3%	45 599	22.7%	17.5%
75 ans et plus	2 326	10.9%	19 497	9.7%	7.5%
0-4 ans	957	4.5%	9 362	4.7%	5.4%
5-9 ans	1 086	5.1%	9 498	4.7%	5.3%
10-19 ans	1 954	9.2%	18 089	9.0%	10.0%
20-29 ans	2 019	9.5%	21 149	10.5%	13.0%
30-39 ans	2 362	11.1%	22 834	11.4%	13.8%
40-49 ans	2 357	11.1%	22 118	11.0%	12.9%
50-64 ans	5 372	25.3%	52 278	26.0%	21.9%
65-74 ans	2 835	13.3%	26 102	13.0%	10.0%
75-84 ans	1 507	7.1%	13 158	6.5%	5.3%
85 ans et plus	819	3.9%	6 339	3.2%	2.3%
Population totale (**projections 2015**)[4-a]	21 268	100.0%	200 924	100.0%	100.0%
Naissances (2012p)[6]	188		1 891		88 700
Décès (2012p)[6]	223		1 914		60 800

MODE D'OCCUPATION DU TERRITOIRE[1]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Municipalités (nb)	17	100.0%	114	100.0%	1 134
Municipalités de plus de 2 000 hab. (nb)	3	17.6%	17	14.9%	388
Densité de la population (nombre d'habitants/km² de terre ferme)	9.5		9.0		6.3

ÉTAT DE SANTÉ	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Espérance de vie à la naissance (ans) 2009-2011[6]	82.8		81.5		81.6
Auto-évaluation de sa santé : très bonne ou excellente[5]		47.7%		55.3%	59.4%
Personnes ayant une incapacité (tous âges, 2006)[2]	2 625	12.5%	24 555	12.8%	12.7%
Personnes souffrant d'obésité (IMC >=30.0, 18 ans et plus)[5]	2 684	14.6%	22 028	13.4%	14.4%
Limitation des activités quotidiennes causées par un état ou problème de santé de longue durée - 6 mois et plus (12 ans et plus)[5]	4 380	22.9%	37 880	21.7%	20.7%
Blessés graves (nécessitant une hospitalisation) suite à un accident de la route (taux brut annuel sur 10 000 habitants)[20]	7	3.3	64	3.2	2.1
Enfants de 5 ans à risque élevé de développer la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés[7]	35	18.5%	287	15.0%	-
Enfants de 5 ans ayant expérimenté la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés[7]	45	23.8%	478	24.9%	-
Consultation d'un dentiste/orthodontiste (12 ans et +, 12 derniers mois)[5]		50.3%		48.1%	57.6%

DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Indicateurs socioéconomiques					
Taux d'emploi (15 ans et plus)[7]	9 640	55.4%	89 470	54.4%	59.9%
Niveau de scolarité - plus haut certificat, diplôme ou grade (25 à 64 ans)[2]					
Aucun certificat, diplôme ou grade	2 300	20.2%	20 690	19.0%	14.8%
Diplôme d'études secondaires	2 050	18.0%	20 140	18.5%	19.5%
Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers	3 010	26.4%	27 575	25.3%	18.9%
Certificat ou diplôme d'un collège ou d'un cégep	2 205	19.4%	20 105	18.4%	18.3%
Certificat, diplôme ou grade universitaire	1 815	15.9%	20 510	18.8%	28.5%
Familles vivant sous le seuil du faible revenu (2011)[8]		4.7%		5.6%	8.8%
Répartition de la source de revenus (%)[2]					
Revenu d'emploi		65.9%		65.6%	71.7%
Transferts gouvernementaux		20.8%		21.5%	15.0%
Autres		13.3%		12.8%	13.3%

Traitement et compilation : Équipe Surveillance et infocentre, Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Mise à jour : 11 mars 2015

DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ (suite)	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Revenu personnel disponible (après impôts) en 2013[4]	22 993 $		23 497 $		26 774 $
Familles monoparentales (avec enfants de moins de 18 ans)[2]	375	11.7%	4 005	13.9%	16.9%
Ménages composés d'une seule personne[2]	2 650	29.6%	26 885	32.7%	32.2%
Adultes prestataires des programmes d'assistance sociale (18-64 ans)[12]	767	6.1%	9 149	7.5%	6.6%
Indice synthétique de fécondité[10]	1.84		1.76		1.71
Habitudes de vie et comportements					
Excès de poids ((IMC = 25,0 à 29,9, 18 ans et plus)[5]	6 564	36.2%	55 727	33.9%	32.8%
Fumeurs réguliers et occasionnels[5]	4 090	21.4%	38 620	22.1%	24.4%
Pris 5 consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion, 12 fois ou plus pendant l'année ayant précédé l'enquête (buveurs réguliers et occasionnels)[5]	2 480	16.2%	26 728	19.0%	20.5%
PÉRINATALITÉ[10]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Naissances de faible poids (< 2 500 g)/naissances totales	6	3.2%	93	4.9%	5.7%
Naissances prématurées (< 37 semaines)/naissances totales	13	6.9%	126	6.7%	7.1%
Mère - âgée de moins de 20 ans/naissances totales	6	3.2%	40	2.6%	2.5%
Mère - âgée de 20 ans et + et 10 ans et moins de scolarité/naiss totales	6	3.2%	107	5.7%	4.3%
Mère - 10 ans et moins de scolarité/naissances totales	9	4.8%	188	9.9%	6.9%
Mère - plus de 10 ans de scolarité/naissances totales	182	96.8%	1 699	89.8%	89.7%
Mère - scolarité inconnue/naissances totales	4	2.1%	43	2.3%	3.3%
ALLAITEMENT[11]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Proportion de bébés allaités lors du séjour au service de maternité		89.1%		85.1%	-
Proportion de bébés allaités à la sortie du service de maternité		80.0%		75.2%	-
JEUNESSE	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Taux de diplomation au secondaire après 7 ans chez les moins de 20 ans (cohorte de 2005-2006, CS Kamou.-Riv.-Loup, réseau public, 2012)[9]		69.3%		74.3%	69.8%
Masculin		63.3%		66.6%	64.3%
Féminin		76.7%		80.1%	75.7%
Protection de la jeunesse[13-21]					
Signalements reçus/Total jeunes 0-17 ans	196	5.5%	1 963	6.0%	5.4%
Signalements retenus/Total signalements reçus	95	48.5%	826	42.1%	40.1%
Évaluations réalisées par problématique :	79		811		12 986
Abandon	0	0.0%	2	0.2%	0.5%
Abus physique et risque sérieux d'abus physique	14	17.7%	136	16.8%	18.2%
Abus sexuel et risque sérieux d'abus	3	3.8%	43	5.3%	6.5%
Négligence et risque sérieux de négligence	27	34.2%	415	51.2%	42.3%
Mauvais traitement psychologique	29	36.7%	141	17.4%	17.0%
Troubles de comportement	6	7.6%	74	9.1%	15.5%
Jeunes suivis à l'application des mesures/total jeunes 0-17 ans	46	1.3%	616	1.9%	1.4%
Jeunes ayant fait l'objet d'une intervention LSPJA/total jeunes 12-17 ans	27	2.3%	325	3.1%	1.1%
PROBLÈMES DE SANTÉ ET MALADIES CHRONIQUES	RLS (n)	RLS (/100 000)	BSL (n)	BSL (/100 000)	QC (/100 000)
Nouveaux cas de cancer (taux annuel moyen ajusté sur 100 000 hab.)[14]					
Incidence du cancer du sein (2008-2010)	18	133.8	185	152.4	129.6
Incidence du cancer du poumon (2008-2010)	19	65.8	213	84.1	89.3
Incidence du cancer de la prostate (2008-2010)	14	104.8	130	111.7	117.6
Incidence du cancer colorectal (2008-2010)	22	75.2	197	77.9	68.8
Maladie chroniques (%)[5]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Prévalence des allergies autres qu'alimentaires	4 370	22.9%	39 790	22.8%	24.7%
Prévalence des maux de dos	3 980	20.8%	33 040	18.9%	16.4%
Prévalence de l'hypertension (20 ans et plus)[5]	4 956	21.5%	43 335	21.0%	20.7%
Prévalence de l'arthrite/rhumatisme	3 340	17.5%	28 020	16.1%	14.1%
Prévalence des migraines	2 620	13.7%	17 590	10.1%	9.6%
Prévalence de l'asthme	1 960	11.9%	14 940	8.6%	8.6%
Prévalence des maladies cardiaques	1 370	*7.5%	11 660	6.8%	5.1%
Prévalence du diabète (20 ans et plus)[5]	1 653	7.1%	13 605	6.6%	7.7%
Prévalence de l'emphysème, bronchite chronique et BPCO			6 010	3.5%	3.3%
SANTÉ MENTALE	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Personnes affichant une probabilité élevée de détresse psychologique[5]	1 400	*7.9%	7 300	4.5%	5.6%
Personnes satisfaites ou très satisfaites de leur vie en général[5]		92.2%		94.4%	92.9%
Auto-évaluation de sa santé mentale : très bonne ou excellente[5]		63.9%		72.7%	75.0%
Taux ajusté d'hospitalisation c.d. : tentatives de suicide (sur 100 000 hab.)		*43.6		57.4	31.7
Durée moyenne de séjour - tentatives de suicide (jrs)[15]	14.1		7.0		10.2
Taux ajusté moyen de mortalité par suicide - pop. totale (taux sur 100 000 hab., période 2007-2011)[6]		* 16.0		16.8	14.4
SANTÉ PHYSIQUE	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Visites à l'urgence (nombre et **rapport** sur population totale) (13-14)[23]	21 056	1.0	156 125	0.8	-
Taux ajusté d'hospitalisation de courte durée, santé physique[15]		10.2%		9.8%	8.1%
Durée moyenne de séjour de courte durée, santé physique[15]	5.4		6.5		7.6
Taux d'occupation des lits (excluant gériatrie et psychiatrie)[25]		64.3%		78.6%	-
Personnes en attente d'hébergement en CHSLD (au 7/03/2015)[16]	2		11		
Personnes en attente d'hébergement en RI-RTS (au 7/03/2015)[16]	5		45		
PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Personnes recevant le supplément de revenu garanti (paiements actifs)[15]	2 644	57.7%	23 284	57.3%	43.7%
Personnes nouvellement vaccinées contre le pneumocoque (% sur pop. 65 ans et plus)[17]	259	5.0%	2 019	4.4%	-
Personnes ayant bénéficié de services d'aide à la vie domestique par des entreprises d'économie sociale[4]	665	12.9%	4 466	9.8%	-
Personnes vivant en ménage privé[2]	3 705	81.3%	33 615	85.1%	89.6%

Traitement et compilation : Équipe Surveillance et infocentre, Direction de santé publique,
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Mise à jour : 11 mars 2015

PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Taux brut d'hospitalisation de courte durée, toutes causes[15]		37.3%		34.6%	31.1%
Durée moyenne de séjour de courte durée, toutes causes[15]	7.0		9.9		14.2
Personnes vivant en ménage privé[2]	1 400	64.7%	13 100	71.9%	80.5%
MORTALITÉ PRÉMATURÉE (MOINS DE 75 ANS)[3]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Tumeurs (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	24	43.0%	291	45.1%	45.7%
Appareil circulatoire (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	11	19.4%	124	19.2%	18.4%
Traumatismes non intentionnels (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	4	7.3%	41	6.3%	5.1%
Appareil respiratoire (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	6	11.5%	45	7.0%	5.9%
Maladies du système nerveux (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	1	1.2%	27	4.1%	3.6%
Maladies de l'appareil digestif (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	2	3.0%	23	3.5%	4.0%
Autres causes de décès (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	8	14.5%	95	14.7%	17.3%
Nombre total annuel (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	55	100.0%	645	100.0%	100.0%

† Pour le nombre de lits dressés : en CHSGS, il s'agit du nombre inscrit au rapport statistique annuel de l'établissement (AS-478), au 31 mars 2014. En CHSLD, il s'agit du nombre présenté dans le tableau "Suivi profils CHSLD et FSA" en date du 7 mars 2015.

†† Pour le nombre de lits normés : en CHSGS, il s'agit d'une balise à titre indicatif construite à partir du bassin de desserte et du ratio de 2,2 lits par 1 000. En CHSLD, le nombre de places a été déterminé en fonction du Plan d'action visant l'optimisation des services d'hébergement 2011-2013 (ratio de 2,8 lits par 100 personnes âgées).

◆ Ce nombre inclut les entreprises d'économie sociale, exercice financier 2014-2015.

Ж Les totaux ne correspondent pas nécessairement à la somme des parties, en raison de l'arrondissement des données par groupe d'âge.

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
- Valeur non disponible.
--- Valeur trop imprécise pour être fournie.
Indique une différence significative du RLS avec la région ou de la région avec le Québec, au seuil de 0,05.

Lexique :

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux
BPCO : Broncopneumopathie chronique obstructive
c.d. : courte durée
CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CJ : Centre jeunesse
CLSC : Centre local de services communautaires
CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRDP : Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique
CRJDA : Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
CRPAT : Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes
CRDITED : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
ETC : Équivalent temps complet
IMC : Indice de masse corporelle
LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux
RI : Ressource intermédiaire / RIS : Ressource intermédiaire spécialisée
RLS : Réseau local de services
RP : Ressource privée
RTF : Ressource de type familial
TC : Temps complet
TP : Temps partiel

Sources de données :

[1] MSSS, Info-bassin 2013 pour l'année 2011-2012
[2] Statistique Canada, Recensement et Enquête nationale auprès des ménages, 2011
[3] Institut national de santé publique du Québec, données de 2010-2011
[4] Rapports d'activités des entreprises d'économie sociale de la région du Bas-Saint-Laurent, 2013-2014
[5] Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (population de 12 ans et plus, sauf avis contraire)
[6] MSSS, Fichier des décès 2007 à 2011
[7] Plan d'action en santé dentaire publique du Bas-St-Laurent, 2013-2014
[8] Institut de la statistique du Québec
[9] Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, données par CS de 2011-2012
[10] MSSS, Fichier des naissances 2009 à 2012p (2009-2011 : indice synt. de fécondité)
[11] ASSS Bas-Saint-Laurent, Portrait de la clientèle en périnatalité, 2013-2014
[12] Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, données pour 2014
[13] Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, Rapport annuel de gestion 2013-2014
[14] MSSS, Fichier des tumeurs, 2008 à 2010
[15] MSSS, Fichier Med-Echo, 2013-2014
[16] Service Canada, Données de la sécurité de la vieillesse pour 2012
[17] Fichier de vaccination contre le pneumocoque VAXIN, 2013-2014
[18] "Système d'information pour la gestion de la coordination à l'hébergement" (SIGCH)
[19] Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
[20] Société de l'assurance-automobile du Québec, Dossier statistique Bilan 2013, Accidents, parc automobile et permis de conduire, juin 2014
[21] Association des centres jeunesse du Québec, Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, année 2013-2014
[22] ASSS Bas-Saint-Laurent, Plan d'action visant l'optimisation des services d'hébergement 2011-2013
[23] Rapport statistique AS-478, 2013-2014
[24] MSSS, Registre des résidences privées pour aînés, données pour le Bas-Saint-Laurent, 2014 (incluant les OSBL)

Vous pouvez consulter les fiches sociosanitaires à l'adresse suivante :
http://www.agencesssbsl.gouv.qc.ca/index.php?id=127&expandable=8&subexpandable=4

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Québec

3.4 DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS

Dans ses différentes installations, le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska offre des services généraux et spécialisés, des soins de courte durée et de longue durée et de l'hébergement dans le respect de sa mission. L'Établissement accorde une importance capitale à la prestation sécuritaire et à la qualité de ses services. Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska a obtenu sa certification « agréé avec mention » dans le cadre du programme national d'agrément en octobre 2014.

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska offre des services dans les programmes de : santé physique, soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) qui regroupe tous les services aux aînés (SAD[4], RI[5], CHSLD[6], centre de jour), santé mentale, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED), dépendance, santé publique, jeunes en difficulté.

Les professionnels de la santé et des services sociaux sont appuyés par de multiples services de soutien indispensables à leur fonctionnement : accueil, admission, réception et secrétariat, alimentation (nutrition), approvisionnement, archives médicales, bibliothèque médicale, buanderie-lingerie, comptabilité, entretien sanitaire et déchets biomédicaux, fonctionnement et entretien des installations matérielles, stérilisation, génie biomédical, prévention des infections, ressources humaines, sécurité et communication, système d'information, etc.

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska a été le 3e centre de santé et de services sociaux ayant obtenu l'accréditation « ***Ami des bébés*** » au Québec en 2010.

L'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima compte 49 lits au permis, dont 33 lits dressés dont : 4 en soins intensifs, 3 en soins palliatifs, 2 en pédiatrie, 4 en chirurgie, 3 en obstétrique et 17 en médecine.

- 7 civières à l'urgence, 2 en traumatologie réanimation
- Les cliniques externes spécialisées
- La chirurgie d'un jour (8 civières)
- La médecine de jour (services ambulatoires)
- Service d'urgence et service primaire en traumatologie

Soins et services avec hospitalisation

Chirurgie/bloc opératoire	Médecine	Obstétrique	Pédiatrie	Soins palliatifs	Soins intensifs

Soins et services sans hospitalisation incluant le programme des maladies chroniques ambulatoires

- Médecine de jour (soins et traitements complexes, clinique d'antibiothérapie, clinique d'anticoagulothérapie)
- Chirurgie d'un jour
- Oncologie (traitements et suivi)
- Clinique de pré-évaluation en chirurgie
- Unité mobile de mammographie « SARA »
- Programme de maladies chroniques (enseignement et suivi) - diabète, maladies cardiovasculaires, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC[7]), asthme, arrêt tabagique et clinique haut risque

[4] SAD : Soutien à domicile
[5] RI : Ressources intermédiaires
[6] CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
[7] MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique

Consultations spécialisées

Anesthésie-réanimation	Dermatologie	Gynécologie	Médecine interne	Pneumologie
Ophtalmologie	Orthopédie	Otorhinolaryngologie	Pédiatrie	Kinésiologie
Radiologie	Urologie			

Services diagnostiques et thérapeutiques

Services diagnostiques : radiologie, cardiopulmonaire, laboratoire médical

Services thérapeutiques : pharmacie, soins infirmiers, réadaptation physique (ergothérapie, orthophonie et physiothérapie), nutrition clinique, service social hospitalier, accueil clinique centralisé (AEOR - accueil, évaluation, orientation et référence), service de pastorale et de soins spirituels)

Les centres d'hébergement :

Centre d'hébergement D'Anjou (Saint-Pacôme)	Centre d'hébergement Villa Maria (Saint-Alexandre)

Le Centre d'hébergement est un milieu de vie offrant des services :

médicaux	de soins infirmiers	d'activités dirigées	de pastorale et de soins spirituels
de réadaptation	de nutrition	de soins d'assistance pharmaceutiques	

Les centres de jour sont décentralisés à l'est, à l'ouest et au centre du territoire.

L'hébergement de type intermédiaire :

Sept ressources intermédiaires réparties sur tout le territoire du Kamouraska offrent des places d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie.

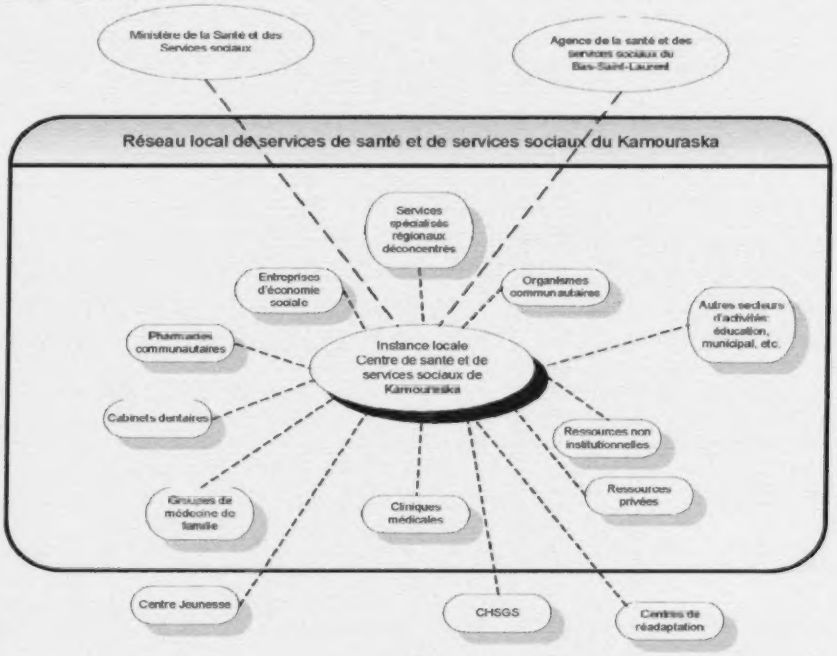
Le centre local de services communautaires (CLSC)

Les différents points de service du CLSC sont situés à : La Pocatière et à Saint-Pascal.

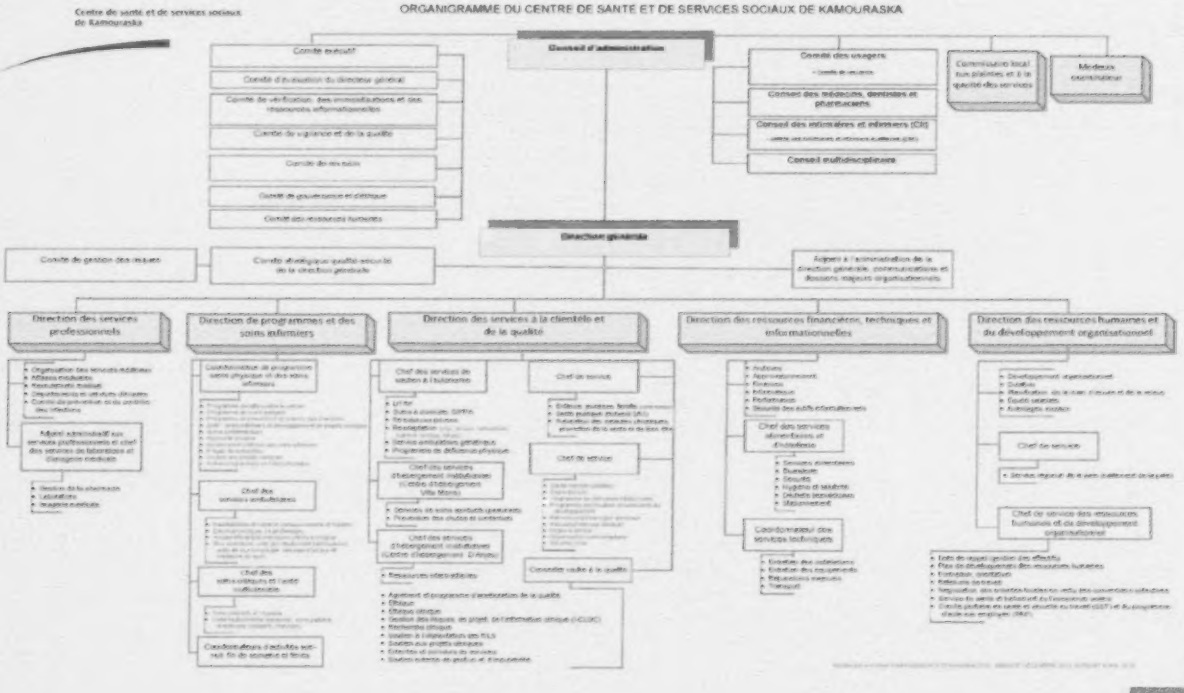
Les services offerts sont :

- **Organisation communautaire**
- **Services aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie**
- **Services à domicile**
- **Accueil clinique centralisé**
- **Services de santé et de services sociaux généraux, par exemple** : services de santé courant, services psychosociaux et médicaux, clinique de vaccination et vaccination santé voyage
- **Services aux parents et enfants (0-5 ans)** : rencontres prénatales, suivi infirmier et social de grossesse, suivi infirmier et social des nouveaux parents, suivi psychosocial pour coaching parental, aide à domicile, clinique de santé et de vaccination, activités de stimulation précoce, service préventif en orthophonie, service d'ergothérapie, service de nutrition en cours de grossesse, service de soutien aux milieux de garde et autres organismes communautaires
- **Services à la jeunesse (6-25 ans) : services offerts en CLSC, à domicile et en milieu scolaire** : services aux jeunes en difficulté et services en santé mentale jeunesse
- **Services en santé mentale jeunesse et adulte**
- **Dépendance**
- **Services en déficience physique, intellectuelle et troubles envahissants du développement**
- **Programme santé au travail**

3.5 DIAGRAMME DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (RLS) DU KAMOURASKA



3.6 ORGANIGRAMME DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA



4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE L'ENTENTE DE GESTION

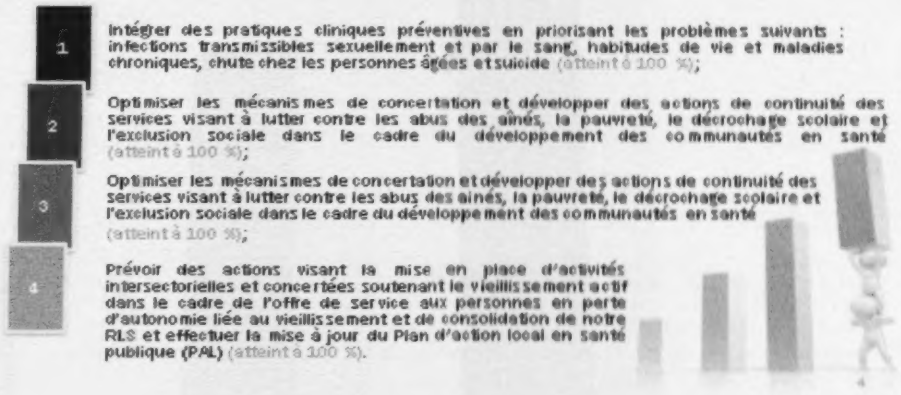
4.1 LES OBJECTIFS PRÉVUS AU PLAN STRATÉGIQUE PLURIANNUEL DE L'ÉTABLISSEMENT :

LES ENJEUX CLINIQUES

Enjeu 1 : L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être

ORIENTATION 1 : CONSOLIDER L'ACTION SUR LES PRINCIPAUX DETERMINANTS DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE

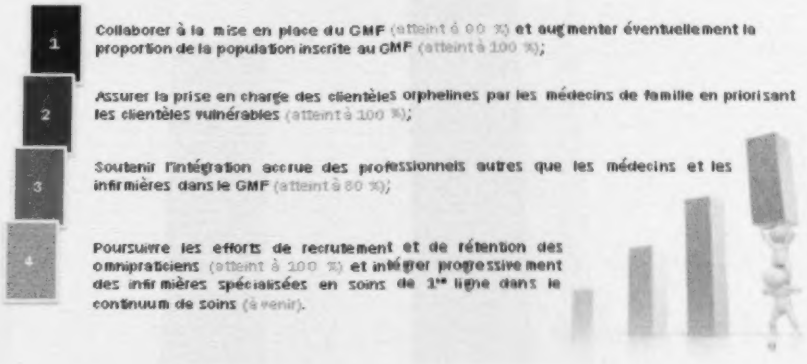
Objectifs



Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

ORIENTATION 2 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX DE 1RE LIGNE

Objectifs



Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

ORIENTATION 3 : PROMOUVOIR L'UTILISATION DES SERVICES INFO-SANTÉ ET ASSURER L'ACCÈS À UN SERVICE TÉLÉPHONIQUE POUR LES PERSONNES ÉPROUVANT DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX

Objectifs

1. Compléter l'inscription des clientèles vulnérables au service Info-Santé (atteint à 100 %);
2. Améliorer l'accès téléphonique pendant les heures d'ouverture des services pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux (atteint à 100 %);
3. Donner rapidement accès aux personnes éprouvant des problèmes psychosociaux à un service téléphonique, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, selon une formule optimale en tenant compte de la disponibilité de l'expertise, de l'imputabilité du CSSSK et des marges de manœuvre financières requises (atteint à 100 %).

Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

ORIENTATION 4 : ASSURER LA CONTINUITÉ DES SERVICES DISPENSÉS AUX CLIENTÈLES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES OU DE CANCER

Objectifs

1. Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un suivi systématisé (atteint à 100 %);
2. Assurer aux personnes atteintes de maladies chroniques des services de 1re ligne par une équipe interdisciplinaire et une action intersectorielle concertée (atteint à 100 %);
3. Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et leurs proches (atteint à 93 %);
4. Améliorer l'intégration des pratiques cliniques préventives au continuum de services (atteint à 100 %);

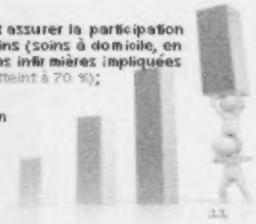
Objectifs

5 Optimiser progressivement le rôle du pharmacien dans la communauté dans un contexte de collaboration interprofessionnelle (atteint à 85 %);

6 Assurer la fluidité et la continuité des services médicaux entre la 1re, la 2e et la 3e ligne (atteint à 100 %);

7 Renforcer, éventuellement, le rôle des infirmières en GMF et assurer la participation des infirmières praticiennes spécialisées au continuum de soins (soins à domicile, en hébergement, en courte durée) de manière coordonnée avec les infirmières impliquées dans les cliniques d'enseignement et en suivi systématique (atteint à 70 %);

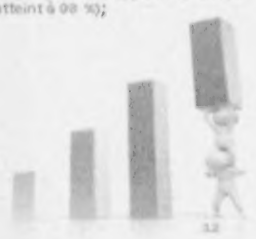
8 Augmenter les activités de prévention et de promotion en matière des saines habitudes de vie (atteint à 100 %);



Objectifs

9 Augmenter le nombre de personnes qui reçoivent des services dans le cadre d'un programme de suivi systématique sur l'ensemble du continuum de services (MPOC, asthme, postinfarctus, etc.) (atteint à 100 %);

10 Poursuivre le déploiement de notre politique alimentaire et le plan d'action en lien avec « Le Plan d'action gouvernemental pour la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir » (atteint à 98 %);



Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

ORIENTATION 5 : ASSURER LA CONTINUITÉ DES SERVICES AUX JEUNES EN DIFFICULTÉ

Objectifs

1 Intervenir de façon concertée par le biais d'ententes ou de mécanismes d'accès afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté (atteint à 100 %);

2 Collaborer à favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (atteint à 92 %);

3 Accentuer les efforts de prévention/promotion auprès des jeunes en difficulté, notamment les jeunes de niveau secondaire (atteint à 100 %);

Objectifs

4 Améliorer les mécanismes de référence en ayant une considération importante sur la fluidité des services de la clientèle, la continuité des services, l'accessibilité rapide et le respect de la confidentialité des dossiers (atteint à 100 %);

5 Diversifier les modes d'intervention afin de répondre le plus adéquatement possible à la pluralité des différences individuelles (atteint à 100 %);

6 De concert avec les partenaires, sensibiliser, prévenir et intervenir en appui dans la lutte contre le décrochage scolaire (atteint à 100 %);

7 Innover dans la mise sur pied de mesures pour soutenir les jeunes en difficulté et leurs parents dans les diverses localités de la MRC de Kamouraska (atteint à 100 %).

Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

ORIENTATION 6 : ASSURER LA CONTINUITÉ DES SERVICES AUX PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE OU AUX PRISES AVEC UNE PROBLÉMATIQUE D'ABUS OU DE DÉPENDANCE

Objectifs

1 Assurer via notre guichet d'accès psychosocial (GAP), aux personnes qui le requièrent, des services de santé mentale de 1re ligne par une équipe interdisciplinaire et par une action intersectorielle concertée (atteint à 100 %);

2 Assurer par notre guichet d'accès psychosocial (GAP) ou comité organisation de services, l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves (atteint à 100 %);

3 Améliorer l'intégration des pratiques cliniques préventives du suicide au continuum de services (atteint à 100 %);

4 Déterminer les mécanismes et les trajectoires de services pour assurer l'offre de service en dépendance, autant pour les services de base que pour les services spécialisés (atteint à 100 %);

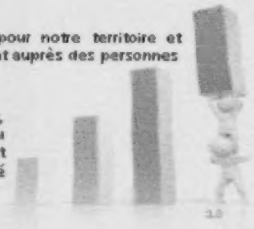
Objectifs

5 Collaborer à assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins (atteint à 100 %);

6 Poursuivre nos efforts pour rejoindre les cibles du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (atteint à 100 %);

7 Finaliser l'organisation et la hiérarchisation des services pour notre territoire et améliorer notre capacité de rejoindre et d'intervenir rapidement auprès des personnes en crise (atteint à 100 %);

8 Créer des mécanismes et des outils de référence simples, rapides et efficaces (guichet d'accès psychosocial (GAP) ou comité organisation de services) et réaliser des activités de promotion et de prévention en santé mentale et en toxico/dépendance (atteint à 100 %).



Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

ORIENTATION 7 : AMÉLIORER L'INTÉGRATION ET LA COORDINATION DES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Objectifs

1 Compléter la mise en place des composantes d'un réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie dans notre territoire de CSSS (atteint à 100 %);

2 Collaborer à réviser le plan de mise en œuvre régional 2005-2010, toujours dans l'optique d'un maintien ou d'un rétablissement optimal de l'autonomie des personnes, en poursuivant : le développement d'une approche gériatrique tant en milieu hospitalier qu'au soutien à domicile incluant les services en centre de jour, le rehaussement de l'offre de service aux personnes atteintes de déficits cognitifs et à leurs proches, et ce, dans une optique de suivi systématique et la prévention des chutes (atteint à 100 %);

3 Diversifier et diffuser les mesures de support intersectorielles destinées aux proches aidants et augmenter nos actions de promotion et de prévention auprès des personnes âgées dans l'optique qu'elles préservent leur autonomie (atteint à 100 %);

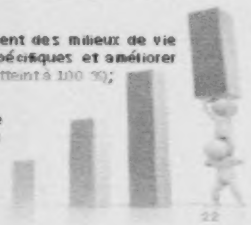
4 Poursuivre l'implantation de l'approche milieu de vie en hébergement et harmoniser les pratiques et les outils de travail à l'intérieur du CSSS et avec nos partenaires (atteint à 100 %).

Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

ORIENTATION 8 : AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ ET LA QUALITÉ DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE ET OFFRIR DES MILIEUX DE VIE DIVERSIFIÉS ET ADAPTÉS AUX BESOINS DES CLIENTÈLES AYANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES

Objectifs

1. Collaborer à définir dans un cadre régional l'offre de service à domicile pour toutes les clientèles, en précisant la contribution des usagers en concordance avec le cadre ministériel (atteint à 100 %);
2. Atteindre les cibles ministérielles sur la proportion de personnes rejointes par des services de soutien à domicile dans les différentes clientèles et sur l'intensité des services (atteint à 100 %);
3. Diversifier l'offre de service, si pertinent, par le développement des milieux de vie communautaire adaptés aux clientèles ayant des besoins spécifiques et améliorer l'accessibilité et la qualité des services de soutien à domicile (atteint à 100 %);
4. Améliorer la pratique des ergothérapeutes et consolider le développement des espaces sécuritaires pour les personnes atteintes de déficits cognitifs légers (atteint à 100 %).

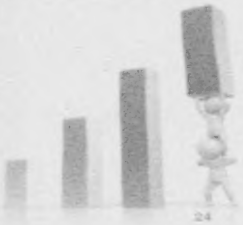


Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

ORIENTATION 9 : CONSOLIDER L'ORGANISATION DES SERVICES EN SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

Objectifs

1. Assurer un continuum de dispensation de services en soins palliatifs et de fin de vie dans notre territoire de CSSS, quel que soit le lieu de dispensation des services, mais en favorisant le soutien à domicile (atteint à 90 %);
2. Rendre accessibles dans notre territoire de CSSS des lits dédiés aux soins palliatifs et de fin de vie pour la population du territoire, en respectant les critères pour la désignation de tels lits (atteint à 90 %).



Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services

ORIENTATION 10 : ASSURER UNE RÉPARTITION ET UNE ORGANISATION OPTIMIALE DES RESSOURCES MÉDICALES SPÉCIALISÉES

Objectifs

1. Maintenir les efforts de recrutement et de rétention des médecins en spécialité de base au CSSSK et en itinérance et collaborer à soutenir la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée dans son mandat d'organisation des services médicaux spécialisés (atteint à 100 %);
2. Redéfinir et améliorer les mécanismes d'accès et de référence (atteint à 100 %);
3. Améliorer la circulation de l'information clinique entre les partenaires de soins (atteint à 100 %);
4. Poursuivre la préoccupation d'accès à un médecin de famille et consolider le contexte de l'interdisciplinarité (atteint à 100 %).

Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services

ORIENTATION 11 : ASSURER L'ACCÈS AUX SERVICES THÉRAPEUTIQUES ET DIAGNOSTIQUES

Objectifs

1. Collaborer à assurer aux personnes en attente d'une chirurgie et inscrites au mécanisme central un accès dans un délai de 6 à 12 mois selon le type d'intervention (atteint à 100 %);
2. Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur de 28 jours (atteint à 100 %);
3. Poursuivre la réduction de la durée des séjours sur civière à l'urgence en portant une attention particulière aux personnes de 75 ans et plus et aux personnes présentant des problèmes de santé mentale (atteint à 100 %).

Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services

ORIENTATION 12 : ASSURER L'ACCÈS AUX SERVICES DE RÉADAPTATION ET DE MAINTIEN DANS LE MILIEU POUR LES PESRSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE

Objectifs

1. Assurer un continuum de services favorisant une pleine participation sociale des personnes ayant une déficience par un ajustement de l'offre de service (atteint à 100 %);
2. Assurer aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis (atteint à 100 %);
3. Diffuser et favoriser auprès des intervenants du CSSSK l'utilisation de guides cliniques visant à supporter leur pratique (en déficience intellectuelle) (atteint à 100 %);
4. Collaborer à assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et leur famille (atteint à 75 %);

30

Objectifs

5. Collaborer avec le CRDI (modèle émergent) à récupérer la clientèle de première ligne en DI-TED, au transfert des ressources du CRDI vers le CSSSK en conséquence (atteint à 100 %);
6. Collaborer à assurer aux personnes ayant une déficience intellectuelle l'accès aux services spécialisés de 2e ligne (atteint à 100 %);
7. Mettre en place pour la clientèle multiproblématique un mécanisme de prise en charge centré sur les besoins de la personne, allant au-delà des frontières des missions et programmes de chaque établissement (atteint à 100 %).

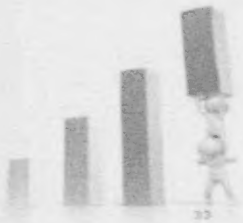
31

Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services

ORIENTATION 13 : ASSURER L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS POUR LES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Objectif

1. Collaborer à assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécialisés de 2e et de 3e ligne à l'intérieur de 60 jours (atteint à 100 %).

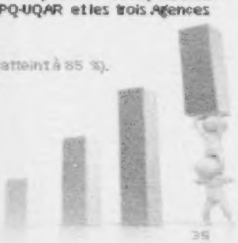


Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation

ORIENTATION 14 : SOUTENIR L'IMPLANTATION DE STANDARDS CLINIQUES, LE TRANSFERT DES CONNAISSANCE ET L'INNOVATION

Objectifs

1. Choisir et intégrer progressivement des pratiques cliniques probantes susceptibles de mieux répondre aux besoins de la population en lien avec l'INESSS (atteint à 100 %);
2. Bénéficier des mécanismes de partage et de transfert des connaissances sur ces pratiques cliniques recommandées, en association principalement avec le MSSS, le RUIS Laval, les RUIJ en jeunesse, en déficience physique ainsi que le consortium INSPQ-UQAR et les trois Agences de l'Est (atteint à 100 %);
3. Systématiser l'interdisciplinarité et la coordination des services (atteint à 85 %).

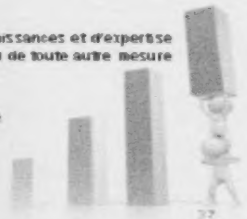


Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation

ORIENTATION 15 : ASSURER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

Objectifs

1. Maintenir en deçà des seuils établis les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale (atteint à 100 %);
2. Améliorer l'application des mesures d'atténuation des risques (gestion des risques) (atteint à 100 %);
3. Intégrer par le biais de différents moyens, le partage de connaissances et d'expertise en matière de prestation sécuritaire de services, d'agrément ou de toute autre mesure visant l'amélioration continue de la qualité (atteint à 100 %);
4. Soutenir le comité d'évaluation de l'acte médical dans son rôle (atteint à 100 %).

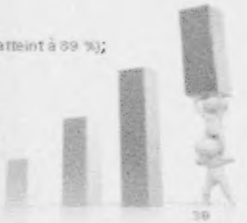


Enjeu 5 : La mise en réseau des services de santé et des services sociaux

ORIENTATION 16 : CONSOLIDER LA MISE EN PLACE DE NOTRE RÉSEAU LOCAL DE SERVICE (RLS)

Objectifs

1. S'assurer de la présence d'actions spécifiques visant la consolidation de notre RLS (atteint à 100 %);
2. Profiter de formations ou d'activités de réseautage pour la consolidation de notre RLS ainsi que dans les ententes avec nos partenaires (atteint à 100 %);
3. Consolider le volet enseignement et milieu de stage du CSSSK (atteint à 89 %);
4. Développer des créneaux d'excellence pour le CSSSK. Exemple : préserver notre reconnaissance « Ami des bébés » (IAB), devenir une référence régionale à cet égard et développer d'autres secteurs d'excellence (atteint à 100 %).



LES ENJEUX ADMINISTRATIFS

Enjeu 6 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

ORIENTATION 17 : METTRE EN PLACE LES CONDITIONS NÉCESSIARES À LA DISPONIBILITÉ D'UNE MAIN-D'ŒUVRE QUALIFIÉE RÉPONDANT AUX BESOINS DE LA POPULATION DE NOTRE TERRITOIRE

Objectifs

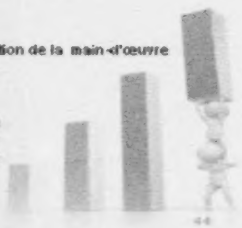
1. Produire et mettre à jour annuellement notre le plan de main-d'œuvre (PMO) (atteint à 100 %);
2. Élaborer un plan de développement des ressources humaines (PDRH) cohérent avec les priorités organisationnelles et les objectifs de développement individuels (atteint à 80 %);
3. Mettre en place des stratégies favorisant la présence au travail du personnel permettant le respect des cibles ministérielles, notamment en assurance-salaire, en heures supplémentaires et en main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers (atteint à 94 %).

Enjeu 6 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

ORIENTATION 18 : OFFRIR DES CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE PRATIQUE ATTRAYANTES ET VALORISANTES

Objectifs

1. Développer et actualiser des projets de révision de processus d'organisation du travail favorisant l'interdisciplinarité et ainsi préconiser une utilisation optimale et efficiente des compétences du personnel (atteint à 100 %);
2. Participer au développement de stratégies favorisant le support nécessaire à l'encadrement des cadres intermédiaires et supérieurs (atteint à 100 %);
3. Mise en place de mesures d'attraction, d'intégration et de rétention de la main-d'œuvre (atteint à 100 %);
4. Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail par l'actualisation de Programme de soutien clinique, volet préceptorat (atteint à 100 %);



Objectifs

5 Favoriser la mise en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du CSSSK (atteint à 100 %);

6 Planifier pour les cinq prochaines années nos besoins de main-d'œuvre (PMO) en indiquant les zones de vulnérabilité actuelles et anticipées et assurer le suivi de la PMO (atteint à 100 %);

7 Établir, s'il y a lieu, des ententes de collaboration avec d'autres CSSS limitrophes considérant la réduction des effectifs prévus dans les secteurs administratifs par le MSSS pour les années 2010-2014 (atteint à 100 %);

8 Consolider les habiletés de gestion du personnel d'encadrement (atteint à 100 %);

Objectifs

9 Favoriser, selon les disponibilités budgétaires, le développement des connaissances, l'apprentissage en action et le concept du milieu apprenant (atteint à 75 %);

10 Définir les rôles hiérarchiques et les rôles d'encadrement clinique et administratif en fonction des équipes et partager clairement les rôles et fonctions attendus pour tous les intervenants (atteint à 100 %);

11 Intégrer au programme d'orientation des nouveaux employés des activités de sensibilisation aux réalités de la communauté du Kamouraska (atteint à 100 %);

12 Poursuivre les activités de formation continue visant à développer les connaissances et habiletés associées aux meilleures pratiques selon les budgets disponibles, compressions du MSSS, respecter dans l'ordre les formations nationales obligatoires, régionales et locales (atteint à 100 %);

Objectifs

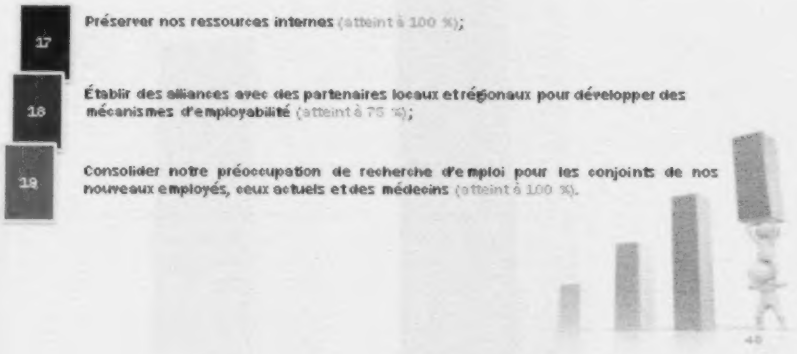
13 Instaurer un programme d'appréciation du rendement du personnel et développer des activités favorisant la reconnaissance et le plaisir au travail (atteint à 92 %);

14 Favoriser les actions contribuant à améliorer l'encadrement professionnel des intervenants cliniques (atteint à 75 %);

15 Poursuivre les partenariats avec les milieux d'enseignement pour l'accueil des stagiaires et se préoccuper d'eux comme relève éventuelle (atteint à 100 %);

16 Se distinguer comme organisation afin d'augmenter l'attraction du CSSSK à l'égard de la main d'œuvre externe (atteint à 88 %);

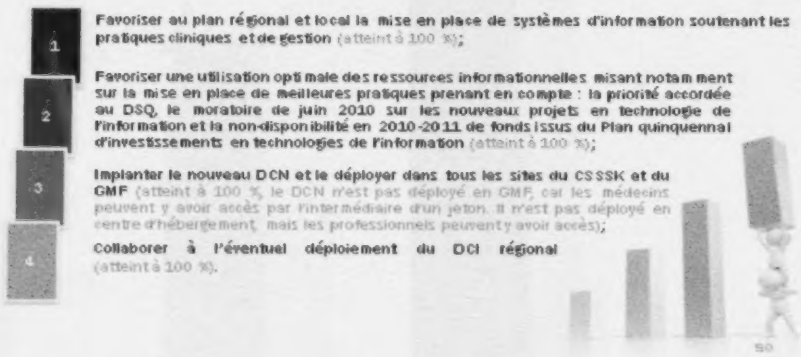
Objectifs



Enjeu 7 : Le développement des systèmes d'information en support à l'offre de service

ORIENTATION 19 : ASSURER L'ACCÈS, LA CIRCULATION ET L'INTÉGRATION DES INFORMATIONS CLINIQUES ET ADMINISTRATIVES

Objectifs



Enjeu 8 : La performance globale du système de santé et de services sociaux

ORIENTATION 20 : OPTIMISER L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET MATÉRIELLES

Objectifs

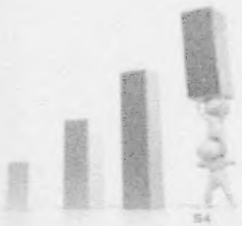
1. Prendre en compte les meilleures pratiques et les analyses de performance clinique dans les modalités d'allocations de ressources financières aux divers services du CSSSK (atteint à 100 %);
2. Assurer une allocation équitable des ressources dans notre CSSS et mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources (atteint à 100 %);
3. Mettre à contribution l'approche Lean et produire un plan directeur immobilier intégré (atteint à 100 %);
4. Supporter les directions et services à l'égard de la recherche de l'efficience des services de RCGT et de l'Agence et dégager une marge de manœuvre pour soutenir nos changements (atteint à 100 %).

Enjeu 8 : La performance globale du système de santé et de services sociaux

ORIENTATION 21 : ANALYSER LES PARTAGES PERTINENTS DE SERVICES INTER-ÉTABLISSEMENT ET INTER-AGENCES

Objectif

1. Collaborer à la réflexion entre établissement sur un partage éventuel de services sur le plan administratif (atteint à 100 %).



Enjeu 9 : Les communications internes et externes

ORIENTATION 22 : IMPLANTER LE PLAN ET LA POLITIQUES DES COMMUNICATIONS

Objectifs

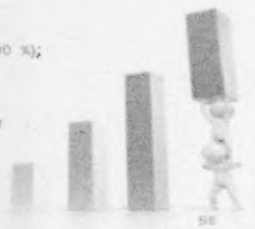
1. Faire adopter au conseil d'administration la politique et le plan de communication interne-externe (atteint à 100 %);
2. Développer un plan d'implantation sur trois ans en lien avec la politique et le plan de communication (atteint à 100 %);
3. Actualiser le plan de communication (atteint à 100 %).

Enjeu 10 : La gouvernance

ORIENTATION 23 : REVOIR LA GOUVERNANCE DU CSSSK

Objectifs

1. Revoir l'organisation et le fonctionnement du conseil d'administration du CSSSK en vertu de la Loi sur la gouvernance en instance d'adoption (atteint à 100 %);
2. Définir les rôles et responsabilités du conseil d'administration et du Président avec le directeur général (atteint à 100 %);
3. Définir le coffre à outils du conseil d'administration (atteint à 100 %);
4. Intégrer les préoccupations d'Agrément Canada en matière de gouvernance (atteint à 100 %).



4.2 LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION

Un tableau de bord est présenté aux administrateurs à toutes les deux séances du conseil d'administration. Cet outil permet de comparer les données à chaque période et de constater s'il y a soit une constance, une amélioration ou une diminution de l'atteinte des cibles identifiées.

LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MINISTÈRE

Le tableau qui suit présente les différents indicateurs de l'entente de gestion pour les années 2013-2014 et 2014-2015 ainsi que les engagements, les résultats obtenus.

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus	Engagements 2014-2015	CSSSK Résultats obtenus
Santé publique				
1.01.12. B.1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence prénatale.	0,5	*0,36* *En 2012-2013 : 0,04* *Bonne progression en comparaison de l'an passé.* *Programme en repositionnement.*	*0,5*	*0,53*
1.01.12. B.2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence postnatale 1.	1	*0,91* *En 2012-2013 : 0,64* *Bonne progression en comparaison de l'an passé.* *Programme en repositionnement.*	*Non demandé*	*Information non-disponible*
1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1) au cours de l'année de référence	*/*	*/*	*1*	*1,04*
1.01.12. B.3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE[8], par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence postnatale 2.	0,5	*0,21* *En 2012-2013 : 0,09* *Bonne progression en comparaison de l'an passé.* *Programme en repositionnement.*	*Non demandé*	*Information non disponible*

[8] SIPPE : Services intégrés pour la périnatalité et pour la petite enfance

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus	Engagements 2014-2015	CSSSK Résultats obtenus
1.01.12. B.3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE9, de la 7 semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	/	/	0,5	0,18
1.01.12. B.4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence postnatale 3.	0,25	0,02 En 2012-2013 : 0 Les efforts ont été consentis au nombre de visites prénatales et postnatales.	Non demandé	Information non-disponible
1.01.12. B.4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence.	/	/	0,25	0,8
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais.	90 %	91%	Non demandé	Information non-disponible
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins DCaT-VPI-Hib ou DCAT-HB-VPI-Hib dans les délais.	/	/	90%	92 %
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais.	90 %	71,3 Il est difficile de mobiliser les parents pour un 2e rendez-vous à courte échéance (en lien avec la vaccination polio).	90%	80 %
1.01.16.01-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais.	90 %	N/D	Non demandé	81 %
1.01.17-EG2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel.	Comité fonctionnel	Ce comité est fonctionnel.	100	100 %
1.01.18-EG2 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.	Programme existant	Programme existant.	100	100 %

[9] SIPPE : Services intégrés pour la périnatalité et pour la petite enfance

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus	Engagements 2014-2015	CSSSK Résultats obtenus
1.01.19.1-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD).	Maintien des taux d'infection inférieurs au seuil établi	*7,48* *Seuil : 4,4* *Il s'agit de six cas sur 10 000. Donc, conséquence des petits nombres.*	90 4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis	*15,01*
1.01.19.2-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline).	Maintien des taux d'infection inférieurs au seuil établi	*0*		0
1.01.19.3-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs).	Maintien des taux d'infection inférieurs au seuil établi	*Non applicable. Notre unité comporte moins de dix lits aux soins intensifs.*		Information non-disponible
1.01.20-PS Pourcentage des activités du PNSP[10] implantées (par questionnaire aux 2 ans).	PAL[11] en santé publique mis à jour et fonctionnel	*Mise à jour faite et le plan est fonctionnel.* *En cours d'évaluation (suivi annuel).*	85 *1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)*	/
1.01.21-PS Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien (par questionnaire aux 2 ans).	/	/	85 *1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants :* • *Infection transmissibles sexuellement et par le sang* • *Habitudes de vie et maladies chroniques* • *Chutes chez les personnes âgées* • *Suicide*	/

[10] PNSP : Plan national de santé publique
[11] PAL : plan d'action local

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus	Engagements 2014-2015	CSSSK Résultats obtenus
Jeunes en difficultés				
Nombre d'usagers suivis en CSSS pour lesquels il existe un PI ou un PSI.	Augmentation	*N/D* *Actuellement, une évaluation est en cours pour connaître le pourcentage des PI ou PSI réalisés.* *Programme en place.*	*Non demandé*	*Information non-disponible*
1.06.10 Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace.	Programme en place		Non demandé	100 %
SAPA				
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC).	Optimisation 816	*1159 (tableau de reddition)* *3489 (P-10)* *4648* *Cible dépassée*	*26 906* *(incluant les heures d'optimisation et de développement)* *2.4.2 Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants*	*25 933*
	Développement 2070			/
	Total 2886		/	/
1.03.06-PS Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services.	78 %	*À confirmer en mai, nous estimons avoir atteint 71 % (en évaluation) par rapport à 66 % en 2012-2013.*	*78* *2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS.*	*72,50 %*
Assurer la mise en place et l'animation, avec les partenaires de l'établissement, d'une table de concertation intersectorielle locale visant le vieillissement en santé et sécuritaire des communautés et l'ajustement en continu de l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.	Table de concertation en place et fonctionnelle	*Table en place et fonctionnelle.*	*Non demandé*	*Information non-disponible*

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus	Engagements 2014-2015	CSSSK Résultats obtenus
Déficiences				
1.45.45.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE.	90 %	*Il n'y a pas eu de priorité urgente.*	*90* *3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :* • *pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgence : 3 jours*	*N/A*
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE.	90 %	*Il n'y a pas eu de priorité élevée.*	*90* *3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :* • *pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR*	*100 %*
1.45.45.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès – TOUTES DÉFICIENCES – TOUS ÂGES – PRIORITÉ MODÉRÉE.	90 %	*100 %*	*90* *3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :* • *pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an*	*100 %*
Dépendance				
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS.	49	*39* *Tous les clients nécessitant des services de 1re ligne en dépendances ont été pris en charge.*	*48* *2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique.*	*68*

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus	Engagements 2014-2015	CSSSK Résultats obtenus
Santé mentale				
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	27	*Selon l'Agence, 10 cas. Selon nos dossiers, nous avons 17 cas. Tous les clients ont été vus.* *Pour atteindre la cible, nous appliquons des stratégies de « reaching out ».*	*27* *2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves*	*12*
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC).	413	505	433 2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de 1re ligne par une équipe multidisciplinaire	461
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux graves pour lesquels il existe un PI ou un PSI.	Augmentation	*Données non disponibles. Selon un audit réalisé en avril, 50 % des usagers ont un PI ou PSI.*	*Non demandé*	*Information non-disponible*
Soins palliatifs				
Élaboration et mise en œuvre dans chaque établissement d'un programme de services en soins palliatifs.	Programme disponible et fonctionnel	*Programme disponible et fonctionnel.*	*Non demandé*	*Information non-disponible*
Santé physique				
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée).	11	*8,47*	*11* *3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière*	*8.92*
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière.	0	*0*	*0*	*0*
1.09.20.00-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais	/	/	*90*	*100 %*
1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour.	90 %	*Absence d'un mécanisme central, mais tous les cas sont traités dans les délais.*	*90* *3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de six mois*	*100 %*
1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation.	90 %		*90*	*100 %*

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus	Engagements 2014-2015	CSSSK Résultats obtenus
1.09.25-PS Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés.	1		*1*	
Soutenir l'intégration des professionnels autres que les médecins et les infirmières dans les GMF.	Nombre de professionnels intégrés dans les GMF		Non demandé	*Information non-disponible*
1.09.26-PS Pourcentage des médecins de famille exerçant en cabinet ou en CLSC qui pratiquent en Groupes de médecine de famille (ou équivalents).	72 %	*1* *Nutritionniste, inhalothérapeute, kinésiologue, infirmières en maladies chroniques.*	Non demandé	*Information non-disponible*
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.	80 %	*54 %* *95 %* *selon le sondage agrément en février 2014.*	Augmentation de 2% de la population = 422 patients 0 patient en P1-P2 0 patient plus de 90 jours en P3 2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)	/
Maladie cardiovasculaire (MCV) : Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement.	206	*Données P-11* *237* *(en 2012-2013 : 125)*	*Non demandé*	*106*
Diabètes : Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement.	625	*319* *(en 2012-2013 : 344)*	Non demandé	333
Asthme : Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement.	59	*20* *(en 2012-2013 : 24)*	Non demandé	57
MPOC : Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement.	105	*119* *(en 2012-2013 : 127)*	Non demandé	145
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière.	Tendre vers 0 % Maximum 5 %	0 % sauf de rares exceptions.	Tendre vers 0 % Maximum 5 % 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière	2,29 %

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus	Engagements 2014-2015	CSSSK Résultats obtenus
1.09.32.00-EG2 Nombre de demande de chirurgies en attente depuis plus de 1 an (ensemble des chirurgies)	/	/	*0*	*0*
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	/	/	*90* *3.1.2 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours*	*83,3 %*
1.09.33.02-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	/	/	*100*	*100 %*
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour.	0	*0*	*Non demandé*	*0*
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation.	0	*0*	*Non demandé*	*0*
1.09.33-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier).	90 %	*100 %*	*Non demandé*	*Information non-disponible*
1.09.34.00-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour chacun des neuf types d'examens diagnostiques	/	/	*90*	*100 %*
1.09.35.00-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour chacun des neuf types d'examens diagnostiques	/	/	*90*	*100 %*
1.09.36.00-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour chacun des neuf types d'examen diagnostiques	/	/	*90*	*100 %*
1.09.37.00-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour chacun des neuf types d'examens diagnostiques	/	/	*90*	*100 %*

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus	Engagements 2014-2015	CSSSK Résultats obtenus
Hygiène et salubrité				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité.	80 %	100 %	100	100 %
Ressources humaines				
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.	5,28 %	*2,59 % en P-12 donc mieux que la cible.*	*5* *5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du MSSS en s'appuyant sur les programmes de type «Entreprise en santé »*	*2,71 %*
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières.	5,31 %	*4,86 % en P-12. Excluant les conseillères en soins et les CEPI.* *2,41 % en P-12*	*4.78*	*5,85 %*
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau.	2,60 %		2.34 5.1.1 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité	3,29 %
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières.	0	*0,8 %* *En diminution par rapport à l'an passé.*	*1.57*	*0,25 %*
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires.	0	0	0 5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique	0
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0	0 *5,89 % dû au congé de maternité (3) et au congé de maladie (2) sur une équipe de 9 personnes.*	0	0
3.06.04-PS Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0		0	3,78 %
3.08-PS Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Plan de main-d'œuvre mis à jour	*Réalisé et déposé à l'Agence en septembre 2013.*	*100* *5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour*	*Le plan de main-d'œuvre est mis à jour annuellement et a été déposé à l'Agence en septembre 2014.*

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus	Engagements 2014-2015	CSSSK Résultats obtenus
			assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles	
3.09-PS Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Démarche réalisée	*Selon l'avis inscrit au système GESTRED, les établissements qui ont inscrit un projet en 2011-2012 ou en 2012-2013 n'ont pas à n'en inscrire un pour 2013-2014.*	*100* *5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail*	*100 %*
3.10-PS Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	Programme de soutien en place et fonctionnel	*Un programme de préceptorat est en place et fonctionnel dans notre CSSS.*	*Non demandé*	*Information non-disponible*
3.10-PS Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien clinique – volet préceptorat	/	/	*100* *5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail*	*Le programme de mentorat/préceptorat est en fonction annuellement.*
3.13-PS Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Décider et débuter le déploiement du programme d'amélioration du climat de travail de l'établissement	*L'établissement a décidé de procéder à la demande de certification « Entreprise en Santé ». La demande de certification est transmise au Bureau de normalisation du Québec et les audits sont prévus pour le début de l'année 2015.*	*70* *Accrédité ou être dans une démarche d'accréditation*	*Démarches entreprises pour l'accréditation « Entreprise en santé », politique adoptée au conseil d'administration le 15 septembre 2014.*
3.14-PS Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Maintien des activités de l'Établissement visant la mobilisation des ressources humaines	*L'Établissement est en attente des résultats du sondage sur la mobilisation effectuée en mars 2014. Visite d'Agrément prévue en octobre 2014.*	100 5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du MSSS en s'appuyant sur des programmes de type Entreprise en santé	*Agrément obtenu avec mention* *100 % des POR « Capital humain » sont atteints.*

Indicateurs	Engagements 2013-2014	CSSSK Résultats obtenus	Engagements 2014-2015	CSSSK Résultats obtenus
Désencombrement des urgences				
4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	Tendre vers 0 patient	*0*	*0*	*0*
4.01.02-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	Tendre vers 0 patient	*0*	*Non demandé*	*Information non-disponible*
4.01.03-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	Tendre vers 0 patient	*0*	*Non demandé*	*Information non-disponible*
4.01.04-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	Tendre vers 0 patient	*1 (3 jours au total).*	*Non demandé*	*Information non-disponible*
4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	Tendre vers 0 patient	*0*	*0*	*0*
4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	Tendre vers 0 patient	0	0	0
4.01.07-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	Tendre vers 0 patient	*0*	*Non demandé*	*Information non-disponible*
Répertoire des ressources				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS) mises à jour dans les délais	95 %	*Aucune donnée disponible.*	*95*	*/*

4.3 AUTRES INFORMATIONS RELATIVEMENT À L'APPLICATION DE LA LOI

Relativement à l'application de la *Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2014-2015 et la réduction de la dette* (2010, chapitre 20) :

Le CSSS de Kamouraska a déployé les efforts nécessaires pour orienter ses actions vers la recherche des bonnes pratiques. Il a maintenu les mesures de compressions budgétaires antérieures que le ministère de la Santé et des Services sociaux a adoptées dans le cadre de la loi 100 et en respect de la directive du MSSS entrée en vigueur le 30 avril 2010 qui vise à réduire le coût des activités administratives des établissements de santé et de services sociaux de façon rigoureuse. Des mécanismes avaient d'ailleurs été mis en place pour assurer le suivi de son application. Les enveloppes budgétaires initiales avaient alors été ajustées en tenant compte des cibles budgétaires à rencontrer.

Malgré le fait que les mesures qui avaient été identifiées concernaient principalement les activités de nature administrative, une attention particulière a été apportée quant à la pertinence des dépenses de même type reliées aux activités cliniques (recherche des bonnes pratiques) sans toutefois compromettre les services directs à la population.

La cible budgétaire dans le cadre de l'application de la loi 100 a été atteinte et les différentes compressions ont été faites en respect des attentes ministérielles et des efforts d'optimisation afin de réduire la dette.

Relativement à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) :

<u>Au sujet de l'agrément</u>

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska a obtenu la certification « AGRÉE AVEC MENTION » par Agrément Canada et le conseil québécois d'Agrément suite à l'évaluation effectuée par les visiteurs d'Agrément Canada du 20 au 24 octobre 2014.

Pour obtenir cette mention, l'établissement devait démontrer son niveau de conformité quant aux normes d'excellence pancanadiennes établies par Agrément Canada et aux questionnaires portant sur la satisfaction de la clientèle, la mobilisation et la culture de sécurité des employés. Ainsi, le CSSS de Kamouraska a démontré un taux de conformité de 100 % aux pratiques de sécurité requises (normes en lien avec la sécurité), un taux moyen de conformité de 94 % pour toutes les autres normes ainsi que des résultats de sondage de satisfaction de la clientèle, de mobilisation et de culture de sécurité du personnel.

Ces résultats sont le fruit des efforts considérables qui ont été faits au cours des trois dernières années et qui se poursuivent pour s'assurer d'offrir à la population des soins et des services sécuritaires et de grande qualité. L'obtention de l'Agrément avec mention par le CSSS de Kamouraska est directement attribuable à un niveau élevé de mobilisation des gestionnaires et, par le fait même, de leurs équipes-terrains. D'ailleurs, les visiteurs d'Agrément Canada ont félicité toute l'équipe du CSSS de Kamouraska pour son engagement à offrir des soins de santé sécuritaires et de qualité à la population.

Au sujet de la sécurité des soins et services

Différentes activités ont été réalisées afin de promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents. Entre autres, des rappels et des formations ont été régulièrement offertes dans l'ensemble des secteurs, une journée thématique ayant pour objectif de sensibiliser les employés sur différents thèmes liés à la sécurité et à la qualité a été réalisée et différents outils pour soutenir les chefs de service ont été déployés. La culture de déclaration est bien intégrée au CSSS de Kamouraska et les efforts pour maintenir et consolider cette culture seront réalisés de façon continue.

Au sujet de l'examen des plaintes et de la promotion des droits

Lors d'une séance ordinaire du conseil d'administration et lors de la séance publique d'information, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services présente à la population les résultats concernant l'examen des plaintes et la promotion des droits. Les moyens pour la population d'accéder au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes ainsi que la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits (art. 33, al.2, par.10 et art. 76.10) sont aussi présentés. En fait, lors de ces séances, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services fait entre autres une présentation de son rôle et du processus de traitement des plaintes et répond aux questions du public. De plus, des affiches relativement à l'examen des plaintes et à la promotion des droits sont clairement identifiées sur les murs des différentes installations du CSSS de Kamouraska et des dépliants sont disponibles à la réception des installations, dans les présentoirs des salles d'attente et dans les guides d'accueil des résidents. En 2014-2015, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a fait des activités de sensibilisation et plusieurs rencontres avec des équipes d'employés afin de les informer des droits des usagers et du processus de plaintes.

Une section du site Web du CSSS de Kamouraska est dédiée aux informations relativement aux plaintes. Une vidéo explicative présentant le rôle d'un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services y est d'ailleurs accessible. Le rapport annuel du CSSS de Kamouraska est accessible sur note site Web. La population peut aussi se le procurer en communiquant avec M[me] Annick Bernard au secrétariat de la direction générale au 418 856-7000, poste 3229.

Au sujet de l'information et de la consultation

Le CSSS de Kamouraska utilise différentes façons pour informer la population du territoire, et ce, en vertu de l'article 99.8 de la LSSSS[12].

Environ 25 entrevues ont été accordées aux médias par la directrice générale, le président du conseil d'administration, le directeur des services professionnels, le directeur des ressources financières, techniques et informationnelles ou par des professionnels de la santé. Plus de soixante-dix communiqués ont été publiés à l'interne comme à l'externe et des conférences de presse ont été organisées en collaboration avec les partenaires du milieu. Voici un aperçu des sujets traités par le service des communications au cours de l'année 2014-2015 :

- Des gestes concrets pour la qualité et la sécurité des services
- Loi 10 – Les membres du conseil d'administration doivent quitter leur fonction
- La directrice générale, M[me] Marie-Claude Ouellet, quitte le réseau public de la santé et des services sociaux
- Mois de la nutrition
- Fermeture de la résidence Hélène Lavoie 1 de Rivière-Ouelle
- Le bâtiment du centre d'hébergement Thérèse-Martin

[12] LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

- L'efficacité du vaccin de la grippe et celui de la rougeole
- Mesures d'urgence au centre d'hébergement Villa Maria
- Situation influenza, même nombre que l'an passé
- Retour d'une dame de 92 ans en pleine nuit
- Interdiction et permission des visites aux personnes hospitalisées et hébergées
- Le conseil d'administration mandate son président pour faire connaître les impacts du projet de loi 10
- Projet de musique-thérapie
- Interdiction des visites à l'hôpital et au centre d'hébergement Villa Maria
- Horaire pendant la période des fêtes
- Interdiction des visites à l'hôpital
- Le CSSSK au congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones en mai prochain
- Influenza – Aide à la décision – Limitation des visites
- Le CSSSK est agréé avec mention
- Ententes entre le CSSS et les résidences privées pour personnes âgées
- Projet de loi 10 et l'abolition des conseils d'administration
- Souper de la Fondation
- Des soins et services de santé accessibles près de vous au centre d'hébergement Villa Maria à St-Alexandre
- Semaine de la prévention de la santé mentale
- Mois de l'ergothérapie
- Projet de loi 100
- Semaine des droits des usagers
- Une augmentation de la satisfaction de la clientèle du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska
- Changement de l'horaire des prélèvements
- Invitation à la population âgée de 65 et plus à participer au programme PIED
- Annonce de la séance publique d'information
- La directrice générale du CSSS de Kamouraska assumera aussi la direction générale du CSSS de Témiscouata de façon intérimaire
- Un horaire pour limiter les visites aux personnes hospitalisées à l'hôpital Notre-Dame-de-Fatima
- Les services du CSSSK pendant le congé de la fête du travail
- C-difficile à l'hôpital
- Limitation des visites aux personnes hospitalisées à l'hôpital Notre-Dame-de-Fatima
- Centre d'hébergement Villa Maria, un ventilateur qui surchauffe
- Une maman qui a accouchée à domicile est maintenant rendue à l'hôpital
- Tournée de la directrice générale
- Le CSSS de Kamouraska invite les représentants syndicaux à poursuivre les discussions en comité de relations de travail
- Les services du CSSS pendant la St-Jean
- L'arrivée de la nouvelle directrice générale, M^{me} Marie-Claude Ouellet
- La sécurité des poupons à l'hôpital
- Les palmarès de l'urgence (temps d'attente)
- Activité « Lâcher prise pour les proches aidants »
- Accessibilité limitée sur l'avenue Martin
- Mois de l'ouïe et de la communication
- Grand défi spinning
- L'effet papillon – Ateliers thématiques et proche aidant
- Activité de sensibilisation à une conduite sécuritaire et responsable
- Conférence du Dr Patrick Vinay, médecin spécialiste en soins palliatifs
- Opération Enfant soleil verse 17 650,00 $ au CSSS de Kamouraska
- La clientèle est satisfaite du service d'imagerie médicale de l'hôpital Notre-Dame-de-Fatima

Outre les demandes des médias ou autres demandes informelles, la responsable de l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, M^me^ Lucie Bérubé, a traité environ 25 demandes d'accès en respect de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska s'est inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et la sécurité. La satisfaction des besoins et des attentes de la clientèle est donc au cœur des préoccupations au quotidien. Lors de la séance d'information publique, les différents dossiers de l'année ainsi que les objectifs de la prochaine année sont présentés. Différents dépliants sur divers sujets sont disponibles pour la clientèle.

Les différentes rencontres avec les partenaires intersectoriels et communautaires font aussi partie des modes d'information et de consultation de la population utilisés par le CSSS de Kamouraska. De plus, notre site Web présente à la population une vue d'ensemble de nos services et permet une accessibilité à nos différentes publications. Notre site est actualisé de façon continue et les mises à jour sont transmises à l'ensemble des partenaires du milieu. L'information concernant nos partenaires est actualisée en collaboration avec eux. Dans le cadre de la promotion des saines habitudes de vie, des chroniques à la radio ont été mises sur pied. Ces chroniques répondent aux questions du public tout en axant sur les bonnes habitudes de vie. Elles sont transcrites et publiées dans le journal Le Placoteux, sur notre site Web et sur celui de la station de radio CHOX-FM et du site du journal Le Placoteux.

Finalement, rappelons que notre site Web respecte les standards sur l'accessibilité d'un site Web en respect de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne (L.R.Q., c. C-12), de la Loi sur la fonction publique (L.R.Q., c. F-3.1.1) et de la Loi sur l'administration publique (L.R.Q., c. A-6.01). Le contenu de notre site est élaboré en respect des articles 182.9, 182.10 et 295 de la Loi sur les services de santé et Les services sociaux et de la circulaire 2011-033 en lien avec les modifications législatives concernant l'agrément.

5. CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (CHAPITRE S-4.2)

5.1 LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31 MARS 2015

Monsieur	Desjardins	Jean	Président
Monsieur	Dufour	Claude	
Madame	Bissonnette	Diane	
Monsieur	Bélanger	Jean-Simon	
Monsieur	Bossinotte	Richard	
Madame	Laplante	Johanne	1re vice-présidente
Madame	Caron	Annie	
Madame Monsieur	Lapointe Dumont	Anne-Marie Jacques	Avril à septembre 2014 Décembre 2014 à mars 2015
Madame	Milliard-Lavoie	Ghislaine	
Dr	Lebel	Mario	
Monsieur Madame	Petit Ouellet	Daniel (avril à juin 2014) Marie-Claude (juillet 2014 à mars 2015)	Secrétaire
Madame	Verreault	Lise	
Madame	Fortin	Aline	
Monsieur	Crête	Paul	2e vice-président
Madame Madame	Jeffrey Brassard	Marie-Catherine Doris	Avril à septembre 2014 Décembre 2014 à mars 2015
Madame	Potvin	Monique	
Madame	Landry	Marie-Josée	
Monsieur	Boissonnault	Daniel	Mai à novembre 2014

5.2 LES CONSEILS ET LES COMITÉS INSTITUÉS EN VERTU DE LA LOI

Officiers du conseil d'administration	M. Jean Desjardins, président M^me^ Johanne Laplante, 1re vice-présidente *M Paul Crête, 2e vice-président* M^me^ Marie-Claude Ouellet, secrétaire
Comité exécutif **Comité d'évaluation du directeur général**	M. Jean Desjardins, président M^me^ Johanne Laplante, 1re vice-présidente M Paul Crête, 2e vice-président
Comité de vérification, des immobilisations et des ressources informationnelles	M. Claude Dufour M. Paul Crête (avril à mai 2014) M. Jean-Simon Bélanger (juin 2014 à mars 2015) M^me^ Johanne Laplante M^me^ Aline Fortin
Comité de vigilance et de la qualité	M^me^ Ghislaine Milliard-Lavoie M^me^ Aline Fortin M^me^ Monique Potvin
Comité de révision	M^me^ Ghislaine Milliard-Lavoie Dre Pia St-Louis et Dr Denis Pelletier
Comité de gouvernance et d'éthique	M^me^ Diane Bissonnette M^me^ Marie-Catherine Jeffrey (avril à septembre 2014) M^me^ Lise Verreault (octobre 2014 à mars 2015) M. Paul Crête M. Jean Desjardins M^me^ Marie-Claude Ouellet
Comité des ressources humaines	M. Paul Crête Mme Lise Verreault M. Daniel Boissonnault (mai à novembre 2014) M^me^ Marie-Josée Landry (décembre 2014 à mars 2015)

*** *Le président et le directeur général siègent d'office aux différents comités sauf si le Règlement de régie interne du conseil d'administration du CSSSK prévoit d'autres modalités.* ***

L'établissement fournit les informations suivantes :

Relativement aux travaux du comité de vigilance et de la qualité

Les conclusions du comité concernant les autres rapports et recommandations sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus qu'il a examinés et les suites ou améliorations apportées ou envisagées par le conseil d'administration à l'égard de ces conclusions ont été discutées lors des séances du conseil d'administration et traitées par les personnes responsables.

Les faits saillants ainsi que les suites apportées relativement au comité de vigilance et de la qualité quant aux principales recommandations formulées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et retenues par le conseil d'administration (art. 181.0.1) sont présentés dans le rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et celui du comité de vigilance et de la qualité.

Relativement aux activités du comité de gestion des risques

Au sujet des principaux risques d'incidents/accidents et la gestion des risques et de surveillance

Les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance (art. 183.2) ainsi que les recommandations et les suivis effectués par le comité en lien avec les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques d'incidents/accidents et de surveillance sont présentés dans le rapport annuel du comité de gestion des risques.

6. PRÉSENTATION DES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Certaines informations concernant les ressources humaines à l'emploi de notre CSSS sont présentées dans ce tableau. Toutefois, le rapport financier annuel AS-471 de l'Établissement présente les principales informations à cet égard. Ce rapport est disponible sur le site Web du CSSS de Kamouraska.

PERSONNEL ET DÉTENTEUR DE POSTE

	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Personnel cadre (en date du 31 mars) Temps complet, nombre de personnes (note 1)[13]	17	17	18
Temps partiel (note 1) - Nombre de personnes o Équivalents temps complet	4 2	4 2	4 2,50
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi			
Personnel régulier (en date du 31 mars) Temps complet, nombre de personnes (note 2)[14]	277	284	293
Temps partiel (note 2) : - Nombre de personnes o Équivalents temps complet	 187 110	 173 102	 166 95,28
Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi			1
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES OCCASIONNELS			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	153 930	102 140	82 995
Équivalents temps complet (note 3)[15]	84	56	45,43

[13] Notre 1 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi
[14] Note 2 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi
[15] Note 3 : les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile).

Gestion et contrôle des effectifs
Les agences et les établissements doivent faire état du dénombrement de leurs effectifs par catégorie d'emploi.

En janvier 2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux a transmis aux agences et aux établissements le niveau mensuel des heures rémunérées à respecter à partir du 1er janvier 2015. Le tableau ci-dessous indique que le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska a respecté la cible d'effectifs ainsi que le nombre d'heures rémunérées puisque les écarts principaux s'expliquent par le fait que la période de l'intérim (contractuel) à la direction générale n'était pas incluse dans les heures rémunérées et le déploiement du service régional de la paie du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

11045119 - CISSS du Bas-Saint-Laurent		201401			201501		201402			201502		201403			201503		Total de janvier à mars				
		2013-12-29 au 2014-01-25			2014-12-28 au 2015-01-24		2014-01-26 au 2014-02-22			2015-01-25 au 2015-02-21		2014-02-23 au 2014-04-05			2015-02-22 au 2015-04-04						
		Travaillées	Heures Supplém.	Total	Nbre ETC	Nbre individus	Travaillées	Heures Supplém.	Total	Nbre ETC	Nbre individus	Travaillées	Heures Supplém.	Total	Nbre ETC	Nbre individus	Travaillées	Heures Supplém.	Total	Nbre ETC	Nbre individus
11043379 - CSSS de Kamouraska	**2014**	**65 997**	**1 340**	**67 237**	**466**	**558**	**65 267**	**1 753**	**67 040**	**462**	**555**	**99 992**	**2 324**	**101 316**	**468**	**562**	**230 176**	**5 417**	**235 593**	**465**	**558**
	2015	**65 274**	**1 936**	**67 210**	**461**	**549**	**66 472**	**1 933**	**68 405**	**470**	**551**	**99 963**	**3 167**	**103 131**	**472**	**566**	**231 709**	**7 036**	**238 745**	**469**	**555**
	Variation	**(0,9 %)**	**44,4 %**	**0,0 %**	**(1,0 %)**	**(1,6 %)**	**1,8 %**	**10,3 %**	**2,0 %**	**1,9 %**	**(0,7 %)**	**1,0 %**	**36,3 %**	**1,8 %**	**0,9 %**	**0,7 %**	**0,7 %**	**29,9 %**	**1,3 %**	**0,6 %**	**(0,5 %)**
1 - Personnel d'encadrement	2014	2 879	52	2 931	21	23	2 660	44	2 704	19	22	4 765	103	4 867	23	23	10 324	198	10 522	21	23
	2015	3 094	30	3 124	22	24	3 109	49	3 158	22	24	4 685	50	4 735	23	24	10 887	129	11 016	22	24
	Variation	7,5 %	(42,0 %)	6,6 %	7,1 %	4,3 %	16,9 %	12,6 %	16,8 %	16,6 %	9,1 %	(2,1 %)	(51,2 %)	(3,1 %)	(2,3 %)	4,3 %	5,5 %	(34,8 %)	4,7 %	5,2 %	4,3 %
2 - Personnel professionnel	2014	7 171	112	7 283	52	64	7 494	245	7 739	54	62	10 478	89	10 567	50	64	25 142	446	25 588	52	63
	2015	7 019	87	7 106	51	60	7 479	90	7 569	54	63	11 127	161	11 289	54	64	25 625	338	25 963	53	62
	Variation	(2,1 %)	(22,2 %)	(2,4 %)	(2,1 %)	(6,3 %)	(0,2 %)	(63,3 %)	(2,2 %)	(0,1 %)	1,6 %	6,2 %	80,7 %	6,8 %	6,1 %	0,0 %	1,9 %	(24,2 %)	1,5 %	1,9 %	(1,6 %)
3 - Personnel infirmier	2014	18 752	576	19 328	132	157	18 782	783	19 565	132	160	28 825	1 192	30 018	136	162	66 359	2 551	68 911	134	160
	2015	18 868	907	19 775	133	160	19 086	760	19 846	134	160	28 055	1 202	29 256	132	163	66 008	2 869	68 877	133	161
	Variation	0,6 %	57,4 %	2,3 %	0,4 %	1,9 %	1,6 %	(2,9 %)	1,4 %	1,5 %	0,0 %	(2,7 %)	0,8 %	(2,5 %)	(3,1 %)	0,6 %	(0,5 %)	12,4 %	0,0 %	(0,8 %)	0,6 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014	28 957	425	29 381	206	252	28 735	526	29 261	206	254	43 027	727	43 753	206	253	100 718	1 678	102 395	206	253
	2015	28 506	781	29 287	204	246	29 276	900	30 176	210	250	44 829	1 360	46 188	214	260	102 611	3 041	105 652	210	252
	Variation	(1,6 %)	83,9 %	(0,3 %)	(1,5 %)	(2,4 %)	1,9 %	71,0 %	3,1 %	2,1 %	(1,6 %)	4,2 %	87,1 %	5,6 %	4,1 %	2,8 %	1,9 %	81,3 %	3,2 %	1,9 %	(0,4 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014	8 028	176	8 204	53	66	7 609	146	7 755	50	63	11 822	213	12 035	52	68	27 459	535	27 994	52	66
	2015	7 788	130	7 918	51	65	7 522	135	7 656	50	59	11 268	395	11 663	49	62	26 578	660	27 238	50	62
	Variation	(3,0 %)	(25,7 %)	(3,5 %)	(2,7 %)	(1,5 %)	(1,1 %)	(7,8 %)	(1,3 %)	(0,8 %)	(6,3 %)	(4,7 %)	85,1 %	(3,1 %)	(4,8 %)	(8,8 %)	(3,2 %)	23,3 %	(2,7 %)	(3,1 %)	(6,1 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014	110	0	110	1	1	7	10	17	0	1	56	0	56	0	1	173	10	183	0	1
	2015																				
	Variation																				

6.1 EXTRAITS DES ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Les renseignements en lien avec ces états sont présentés à l'annexe C. Le tableau intitulé « État du suivi des réserves, les commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant » est présenté à l'annexe B.

6.2 CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) les membres du conseil d'administration d'un établissement public ou privé conventionné sont tenus d'établir un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable. Plus spécifiquement, en vertu de l'article 181.0.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, cette responsabilité incombe au comité de gouvernance et d'éthique relevant du conseil d'administration. Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs est publié sur le site Web du CSSS de Kamouraska et dans ce rapport annuel à l'annexe D. Tel qu'il est spécifié dans la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le code d'éthique et de déontologie porte sur les devoirs et obligations des membres du conseil d'administration. La révision de ce code a été effectuée en mai 2014. Notons que durant l'année 2014-2015, aucun cas de manquement n'a été constaté.

ANNEXE A – RAPPORTS DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET DES DIFFÉRENTS CONSEILS OU COMITÉS

Les rapports des différents conseils ou comités du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux sont présentés dans les pages qui suivent :

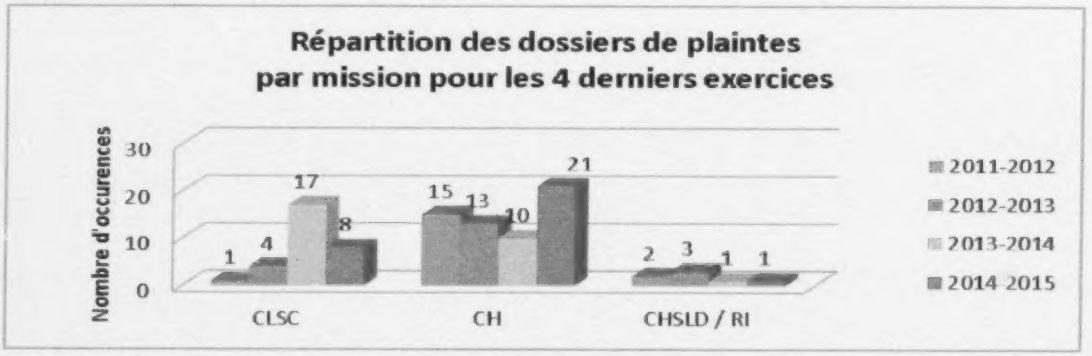
- Rapport annuel de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- Rapport annuel du comité de vigilance et de la qualité
- Rapport annuel du comité de gestion des risques
- Rapport annuel du comité de révision
- Rapport annuel du comité des usagers et des comités des résidents
- Rapport annuel du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Rapport annuel du conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- Rapport annuel du comité exécutif des infirmières et infirmiers auxiliaires
- Rapport annuel du conseil multidisciplinaire
- Rapport annuel du comité de gouvernance et d'éthique
- Rapport annuel du comité des ressources humaines du conseil d'administration

RAPPORT ANNUEL 2014-2015
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

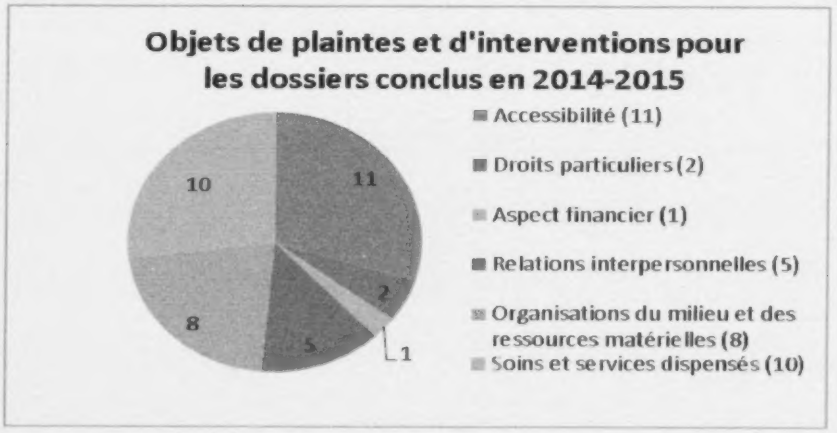
La commissaire occupe une fonction exclusive au sein de l'établissement, à raison de 14 heures par semaine, et elle relève du conseil d'administration. Son rôle est, notamment, d'assurer le respect des droits des usagers et de veiller à l'amélioration de la qualité des services. La commissaire a compétence pour traiter les plaintes qui émanent des soins et services donnés par le CSSSK à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima, en CHSLD (Centre d'hébergement D'Anjou et Centre d'hébergement Villa Maria), en CLSC (points de service de La Pocatière et St-Pascal), en hébergement en ressources intermédiaires (7 résidences sur le territoire) et à domicile. Madame Stéphanie Bush a assuré l'intérim à cette fonction d'avril à septembre 2014.

Pour l'exercice 2014-2015, la commissaire a reçu 30 dossiers de plaintes dont 7 ont été transmis au médecin examinateur, comparativement à 28 dossiers en 2013-2014. Au 31 mars 2015, 3 dossiers de la commissaire et 2 dossiers du médecin examinateur demeuraient en cours de traitement. Pendant l'année, un dossier conclu dans l'exercice précédent a fait l'objet d'une demande de révision auprès du Protecteur du citoyen, ce dernier n'émettant toutefois pas de recommandation à l'établissement suite à son analyse. Dans le cadre de son mandat, la commissaire a également traité 3 dossiers d'assistance et mené 5 dossiers d'intervention.

La provenance des dossiers est répartie entre les 3 missions du CSSSK de la façon suivante :



Cette année, 37 objets de plaintes ont été répertoriés parmi les plaintes et les interventions conclues pendant l'exercice, en lien avec les catégories ci-dessous :



Des conclusions sont émises pour chaque plainte traitée et sont dégagées de chaque intervention menée. Plusieurs d'entre elles visent à donner des explications ou des informations sur les situations rapportées. Par exemple, cela permet au plaignant de mieux comprendre les critères d'éligibilité aux services offerts ou le mode d'organisation et de dispensation de ces services. Par contre, lorsque des correctifs ou des améliorations découlant du traitement d'une plainte sont nécessaires, des mesures correctives visant l'amélioration de la qualité des services sont alors identifiées.

Cette année, 17 objets de plaintes sur 37 ont entraîné une recommandation de la commissaire. Quant à la nature de ces recommandations, elles sont à portée individuelle dans 3 cas (18 %) et à portée systémique pour 14 cas (82 %). Les 3 recommandations à portée individuelle ont touché les aspects suivants : l'information ou la sensibilisation d'un intervenant (1), l'adaptation des soins et services par l'encadrement d'un intervenant (1) et

finalement un ajustement financier (1). Les 14 recommandations qui ont eu une portée systémique visaient une adaptation des soins et services par leur élaboration/révision/application (1) et l'information et la sensibilisation des intervenants (4), l'adaptation du milieu et de l'environnement par un ajustement technique et matériel (1) et une amélioration des conditions de vie (1), l'adoption ou la révision de politiques, règlements, protocole clinique ou procédure (2) et finalement la communication et la promotion (4). Un élément a été classé dans la catégorie Autre.

En ce qui a trait au délai de traitement des dossiers, celui-ci est variable et peut être affecté par la présence de dossiers complexes. Cette année, 80 % des dossiers de plaintes ont été examinés à l'intérieur du délai maximum de 45 jours prévu par la loi, ce qui est très satisfaisant. Ce résultat est difficilement prévisible puisqu'il est tributaire de l'ampleur du dossier et du nombre d'intervenants impliqués. Ainsi, les objets de plaintes qui concernent la qualité des soins et services dispensés nécessitent souvent une analyse en profondeur des balises professionnelles et des protocoles à la base de la dispensation du soin, ce qui entraine inévitablement un délai de traitement plus étendu. De plus, puisque la commissaire n'œuvre pas en vase clos, le délai de traitement des plaintes est aussi influencé par la disponibilité des gestionnaires et des employés qui doivent être rencontrés dans le cadre d'une enquête.

Dans le cadre de ses autres fonctions, la commissaire a également participé aux activités suivantes :

- 4 rencontres du comité de vigilance,
- 3 rencontres de la Table régionale des commissaires du Bas-Saint-Laurent,
- 1 présentation aux membres du conseil d'administration et à la population du rôle de la commissaire et des résultats de l'année 2013-2014 lors de la séance publique annuelle d'information;
- 22 activités de promotion et d'information auprès des usagers, des employés et de l'équipe de gestion en lien avec les droits et obligations des usagers, le code d'éthique de l'établissement et le régime d'examen des plaintes.

L'objectif fixé pour 2014-2015 était de faire connaître au personnel de l'établissement la procédure d'examen des plaintes et les informer sur les droits des usagers en vue de la préparation à la visite d'Agrément Canada prévue en octobre 2014. Cet élément a été atteint, tel que le démontre les nombreuses activités de promotion et d'information réalisées dans l'année.

Ceci constitue mon dernier rapport comme commissaire du CSSS de Kamouraska. L'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* et la création du CISSS du Bas-Saint-Laurent amènera inévitablement un réaménagement de l'organisation des services des commissaires au niveau régional. Il est donc impossible de fixer des objectifs précis pour la prochaine année, si ce n'est de souhaiter que cette grande transformation permette d'assurer la continuité et l'accessibilité des services des commissaires pour la population de notre territoire.

Alice Bélanger

Alice Bélanger

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

23 avril 2015

RAPPORT ANNUEL 2014-2015
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

COMPOSITION DU COMITÉ

Ce comité est formé de cinq membres, dont trois sont désignés par le conseil d'administration. Cette année, il s'agissait de :

- Madame Ghislaine Milliard-Lavoie, présidente du comité et membre du C.A. (d'avril 2014 à février 2015)
- Madame Monique Potvin, membre du C.A.
- Madame Aline Fortin, membre du C.A.
- Madame Stéphanie Bush, commissaire intérimaire jusqu'en septembre 2014
- Madame Alice Bélanger, commissaire locale aux plaintes et à la qualité de services (retour en septembre 2014)
- Madame Marie-Claude Ouellet, directrice générale

Les personnes suivantes ont également assisté aux rencontres :

- Monsieur Frédéric Gagnon, directeur des services à la clientèle et de la qualité
- Monsieur Jean Desjardins, président du conseil d'administration
- Madame Julie Chénard, adjointe administrative

MANDAT DU COMITÉ

Le mandat principal du comité de vigilance et de la qualité est d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et de veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment à l'égard de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés, de même qu'au respect des droits des usagers.

BILAN DE L'ANNÉE

En 2014-2015, quatre (4) réunions régulières ont été tenues. Les rapports de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, de même que ceux du comité de gestion des risques ont été présentés, analysés et ont fait l'objet de discussions à chacune de ces rencontres.

Également, les sujets suivants ont été discutés :

- Préparation de la visite d'Agrément Canada d'octobre 2014 qui a fait l'objet d'un suivi à chaque rencontre;
- Analyse des résultats de la visite d'Agrément Canada qui nous a valu un statut d'Agrément avec mention;
- Suivi des visites ministérielles en CHSLD.

PERSPECTIVES POUR LA PROCHAINE ANNÉE

Considérant l'adoption du projet de loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales et qu'aucune directive n'a été reçue quant à la poursuite des activités des comités de vigilance, aucune perspective n'a été définie pour la prochaine année.

D'autre part, compte tenu de la démission de la présidente du comité de vigilance, les membres désignent madame Monique Potvin pour signer ce rapport.

Madame Monique Potvin
Pour les membres du comité de vigilance et de la qualité
26 mars 2015

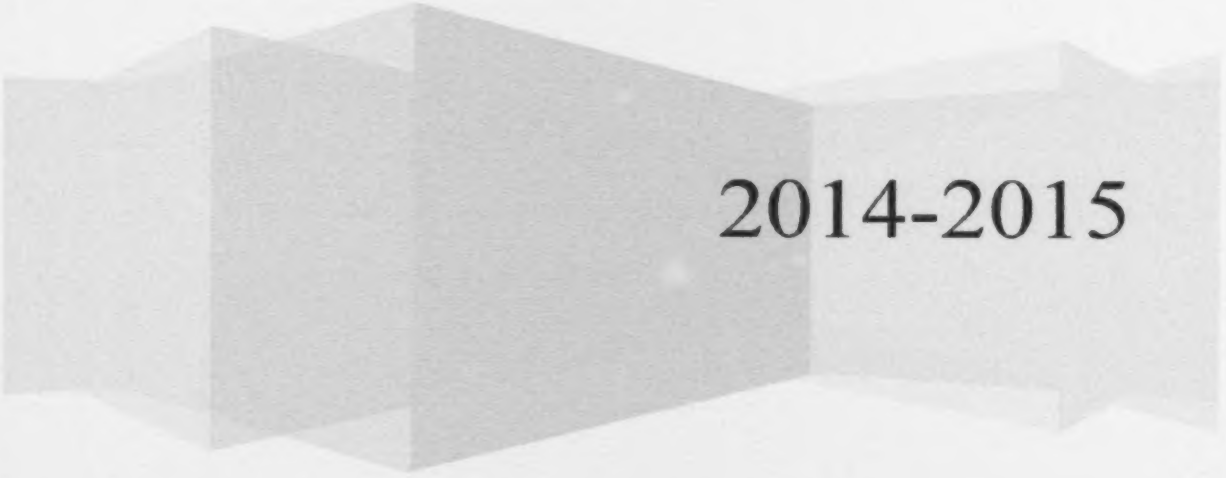
Centre de santé et de services sociaux
de Kamouraska

Rapport annuel du comité de gestion des risques 2014-2015

Présenté par

Annie Chamberland
Gestionnaire de risques

Mars 2015



LE COMITE DE GESTION DES RISQUES 2014-2015

La raison d'être du comité de gestion des risques est de rechercher, développer et promouvoir des moyens en vue d'assurer la sécurité des usagers. En regard de ces mandats, le comité de gestion des risques s'est réuni à cinq (5) reprises durant l'année financière 2014-2015. Les membres qui en font partie sont :

Madame Annie Chamberland, gestionnaire de risques
Monsieur Denis Pelletier, représentant du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Madame Doris Brassard, représentante du Conseil des infirmiers et infirmières
Madame Louise East, représentante du Conseil multidisciplinaire
Madame Liliane Dubé, conseillère en prévention et contrôle des infections
Madame Lise Viens, agente de liaison, représentante du comité des usagers
Monsieur Denis Beaulieu, représentant du comité des usagers
Madame Marie-Andrée Lévesque, représentante du comité des usagers
Monsieur Luc Adam, directeur des ressources financières, techniques et informationnelles
Monsieur Frédéric Gagnon, directeur des services à la clientèle et de la qualité
Madame Brigitte Legault, directrice de programmes et des soins infirmiers
Monsieur Daniel Petit, directeur général par intérim (décembre 2013 à juillet 2014)
Madame Marie-Claude Ouellet, directrice générale (juillet 2014 à aujourd'hui)

REALISATION DES RECOMMANDATIONS

Une analyse régulière des rapports d'incidents et d'accidents a été réalisée et quatre (4) événements dont trois (3) sentinelles ont été analysés. Des recommandations ont été acheminées aux directions concernées ainsi qu'au conseil d'administration afin d'améliorer les services et augmenter le degré de sécurité lors de la prestation des soins et des services.

De ces recommandations, des actions ont été prises telles que :

- ✓ Mise en place d'un processus d'audits périodique sur l'administration des médicaments (de la prescription à l'admission).
- ✓ Identification et validation de tous les instruments nécessitant une stérilisation manuelle et de la présence de leur procédure de stérilisation respective.
- ✓ Rappels du processus de déclaration des incidents/accidents à l'hôpital via les mêlées d'équipes et via l'affichage sur le babillard électronique.
- ✓ Élaboration d'un guide de référence portant sur la gestion des risques adressé spécifiquement aux gestionnaires. Une deuxième version a également été adaptée pour l'ensemble des membres du personnel.
- ✓ Accès extérieurs sécurisés (accessibilité aux escaliers, bon fonctionnement des portes, etc)
- ✓ Poursuite des travaux du comité de prévention des chutes et déploiement dans tous les secteurs.

SUIVI ACCORDE AU PLAN D'ACTION 2014-2015

- ✓ **« Promouvoir la déclaration des incidents et accidents »**
  Renouveler l'activité « La chambre des erreurs en longue durée et aux soins critiques »

  L'activité a été présentée à l'hôpital à l'ensemble du personnel lors de la journée thématique « qualité - sécurité ». Activité également planifiée pour l'ensemble du personnel en longue durée.

- ✓ **« Sensibiliser aux enjeux de la divulgation »**

  Rencontre de sensibilisation portant sur la divulgation réalisée auprès des médecins lors de leur rencontre annuelle.

- ✓ **« Effectuer un rappel des différents éléments de base touchant la sécurité des usagers »**

  Une journée thématique portant sur la qualité et la sécurité a été organisée à l'hôpital. Différents partenaires internes ont été mis à contribution soient : la prévention des infections, la sécurité civile, la prévention des chutes, la gestion des risques ainsi que la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

- ✓ **« Identification et réalisation d'une analyse prospective »**

  L'identification d'une nouvelle analyse prospective est reportée.

- ✓ **« Analyser nos statistiques »**

  L'analyse détaillée des comparatifs de nos statistiques avec d'autres établissements est également reportée. Par ailleurs, les statistiques ont été présentées à chacune des rencontres du comité de gestion des risques et ont été acheminées à l'ensemble des gestionnaires et directeurs des différents secteurs d'activité.

STATISTIQUES

Il y a eu cette année, **2 007** incidents/accidents déclarés comparativement à **1 535** en 2013-2014.

Pour l'année 2014-2015, les principaux événements pour l'ensemble de notre organisation sont les chutes et les erreurs de médicaments / traitements. Ceux-ci représentent respectivement **33 %** et **31 %** de toutes les situations déclarées.

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Chutes	775	600	423	662
Médication/Traitement*	421	438	543	615
Test diagnostique	88	80	126	252
Équipement/Matériel/Bâtiment/Effets personnels	81	69	137	125
Autres types d'évènements**	180	209	306	353
Total :	**1545**	**1396**	**1535**	**2007**

*La catégorie « Traitement » a été intégrée à la catégorie « Médicament » depuis l'année 2014-2015 (elle se retrouvait dans la catégorie « Test diagnostique » auparavant). Pour cette raison, la comparaison des données pour ces catégories avec celles des années antérieures n'est plus possible.

**La catégorie « Autres types d'évènements » regroupe tous les autres types d'événements dont 25 % sont des incidents et 75 % sont des accidents.

DÉFINITIONS

Incident : Une action ou situation qui n'entraîne pas de conséquences sur l'état ou le bien-être d'un usager [...], mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entrainer des conséquences (LSSSS art. 183.2).

Accident : Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager [...] (LSSSS art. 8).

CONCLUSION

Le comité de gestion des risques est conscient de l'importance du mandat qui lui est confié et s'investit dans la compréhension des enjeux organisationnels, tant en matière de gestion des risques que du développement d'une culture de sécurité dans toutes les sphères d'activités de l'établissement.

Annie Chamberland
Gestionnaire de risques
Mars 2015

RAPPORT ANNUEL 2014-2015
DU COMITÉ DE RÉVISION

COMPOSITION

Conformément aux dispositions de la Loi, l'Établissement doit former un comité de révision. Celui-ci est composé de trois (3) membres nommés par le conseil d'administration. Le président du comité est nommé parmi les membres élus ou cooptés du conseil d'administration et les deux (2) autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans l'Établissement. La durée du mandat est fixée à un (1) an.

Pour l'année 2014-2015, le comité était composé des personnes suivantes :

- Madame Ghislaine Milliard-Lavoie, présidente d'avril 2014 à février 2015
- Dr Denis Pelletier
- Dre Pia St-Louis

MANDAT

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'usager par le médecin examinateur, lorsque la demande lui en est faite par le plaignant ou par le professionnel visé par la plainte. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'usager, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, avec diligence et équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles.

Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, communiquer par écrit un avis motivé à l'usager, au professionnel concerné, au médecin examinateur et au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement concerné.

BILAN 2014-2015

Au cours de l'année 2014-2015, aucune plainte n'a été soumise au comité de révision.

Pour le comité de révision,

Dr Denis Pelletier
31 mars 2015

COMITÉ des usagers KAMOURASKA

Comité des usagers

du CSSS de Kamouraska

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2014-2015

JUIN 2015

TABLE DES MATIÈRES

1. MOT DE LA PRÉSIDENTE.....3

2. COMPOSITION DU COMITÉ DES USAGERS DU **CSSS** DE KAMOURASKA[1] ET DES COMITÉS DES RÉSIDENTS DES CENTRES D'HÉBERGEMENT.....4

3. OBJECTIFS DU COMITÉ DES USAGERS ET DES COMITÉS DES RÉSIDENTS **2014-2015**.....6

4. RAPPORT D'ACTIVITÉS DU COMITÉ DES USAGERS DU **CSSSK 2014-2015**.....8

5. RAPPORTS D'ACTIVITÉS DES COMITÉS DES RÉSIDENTS **2014-2015**.....11

6. RAPPORT FINANCIER **2014-2015**.....13

7. OBJECTIFS DU COMITÉ DES USAGERS (KAMOURASKA) ET DES COMITÉS DES RÉSIDENTS **2015-2016**.....14

8. PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES **2015-2016**.....16

[1] Dans ce rapport, on parle du Comité des usagers du CSSS de Kamouraska lorsqu'il est question des activités de 2014-2015, et du Comité des usagers (Kamouraska) lorsqu'il est question de 2015-2016, ceci pour refléter la restructuration du réseau de la santé.

MOT DE LA PRÉSIDENTE

L'année 2014-2015 a été marquée par la restructuration du réseau de la santé. Depuis l'automne 2014 nous avons vécu plusieurs bouleversements et c'est loin d'être terminé. Alors que le ministre de la santé nous avait annoncé l'abolition des agences de la santé l'automne dernier, nous avons plutôt vécu la disparition du CSSS de Kamouraska ce printemps, celle de son conseil d'administration et l'abolition des postes de plusieurs cadres chez-nous.

Nous avons réussi avec l'aide du RPCU (Regroupement provincial des comités des usagers) à garder nos comités d'usagers locaux. Mais, nous devrons apprendre à vivre avec une nouvelle structure administrative, le Centre intégré de santé et des services sociaux du Bas St-Laurent (CISSS-BSL) dont le centre administratif sera situé à Rimouski. Nous devrons également apprivoiser un nouveau comité des usagers, celui du CISSS-BSL, qui chapeautera les comités d'usagers locaux (les 8 comités d'usagers des anciens CSSS, celui du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) et celui du Centre jeunesse, tous deux situés à Rimouski. Les présidents des comités des usagers actuels ont été invités à travailler à la mise sur pied du comité des usagers du CISSS-BSL. Nous devrions connaître les noms des personnes qui y siégeront avant la fin de juin 2015. De plus, une seule personne en provenance du comité des usagers du CISSS sera appelée à représenter les usagers au conseil d'administration du CISSS-BSL (au Kamouraska, nous en avions deux).

Le Comité des usagers (Kamouraska) devra continuer à informer les usagers sur leurs droits et obligations à les représenter, à les défendre, à s'assurer de la qualité des services qu'ils reçoivent et à évaluer leur degré de satisfaction à l'égard de ces services, à accompagner et assister les usagers et les plaignants potentiels tout en s'assurant du bon fonctionnement des deux comités de résidents.

Le défi est grand. Nous ne connaissons pas encore les répondants avec lesquels nous aurons à travailler, ni comment s'articulera notre participation dans cette nouvelle structure. Nous aurons des réflexions à faire comme comité local des usagers et nous recevrons probablement certaines orientations de la part du Comité des usagers CISSS/BSL.

Nous devrons travailler en équipe, suivre attentivement les activités de l'établissement, continuer de nous former, faire preuve d'engagement et d'ouverture d'esprit.

Marie-Andrée Lévesque
Présidente du Comité des usagers (Kamouraska)
Mai 2015

COMPOSITION DU COMITÉ DES USAGERS
DU CSSS DE KAMOURASKA
2014-2015

M^me^ Marie-Andrée Lévesque, présidente Élue le 10 juin 2014 Élue présidente le 17 juin 2014	population Saint-Pacôme
M^me^ Marie-Josée Landry, vice-présidente Élue le 10 juin 2013 Élue vice-présidente le 17 juin 2014	population Saint Pascal
M^me^ Marie-Hélène Lavoie[2], secrétaire Élue le 10 juin 2013 Élue secrétaire le 17 juin 2014	population Saint Pascal
M^me^ Thérèse Aubut Élue le 10 juin 2013	population Saint-Pascal
M^me^ Sylvie Beaulieu Nommée le 8 février 2012	représentante des usagers Ressources intermédiaires
M^me^ Aline Chouinard Nommée le 10 juin 2014	présidente Comité des résidents Centre Villa-Maria
M^me^ Berthe Dionne Élue le 19 juin 2012	population Saint-Bruno
M^me^ Monique Potvin Élue le 19 juin 2012	population Saint-Germain
M. Denis Beaulieu Élu le 13 juin 2014	population La Pocatière

M^me^ Lise Viens, personne-ressource du Comité

[2] Elle a donné sa démission en septembre 2014 pour assumer la fonction de personne-ressource en remplacement de M^me^ Viens (congé de maladie). Après avoir réintégré le comité en décembre, elle a de nouveau démissionné le 10 mars pour reprendre la fonction de personne-ressource.

COMPOSITION DES COMITÉS DES RÉSIDENTS

CENTRE VILLA MARIA

M[me] Aline Chouinard, présidente	population
M. Denis Bélanger	proche aidant
M. Conrad Bouchard	proche aidant
M[me] Angèle Harton	résidente
M[me] Jacqueline Ouellet	résidente
M[me] Madeleine Thériault	population

CENTRE D'ANJOU

M. Marc Bourdeau, président	résident
M[me] Thérèse Aubut	population
M[me] Berthe Dionne	population
M[me] Dorothée Grandmaison	population
M[me] Marie-Andrée Lévesque	proche aidante
M[me] Monique Pelletier	proche aidante

OBJECTIFS DU COMITÉ DES USAGERS DU CSSSK ET DES COMITÉS DES RÉSIDENTS
2014-2015

Les objectifs du Comité des usagers du CSSSK et des comités des résidents des CHSLD sont établis en vertu des fonctions précisées par la Loi soit :

Renseigner les usagers et les résidents sur leurs droits et obligations

- Prévoir des activités d'information à l'intention des usagers et diffuser de l'information sur les droits et obligations des usagers.
- Rédiger de la documentation énonçant clairement les mandats et les responsabilités du Comité des usagers du CSSSK et des comités des résidents des CHSLD – à être remis aux familles quelques semaines après l'arrivée d'un nouveau résident.
- Visiter les ressources intermédiaires afin d'informer les gens sur le rôle et les mandats du Comité des usagers du CSSSK.
- Informer les nouveaux membres du Comité des usagers du CSSSK et des comités des résidents des CHSLD sur leurs rôles et responsabilités en leur fournissant de la documentation.
- Maintenir à jour l'information sur le site web du Comité des usagers du CSSSK.
- Fournir une présence une fois par mois dans une installation du CSSSK.
- Présence dans le journal du CSSSK.
- Offrir des conférences sur différents sujets touchant les usagers et/ou résidents.
- Tenir un kiosque lors du Salon de la sagesse et lors de différents colloques touchant les aînés et les usagers en général.
- Afin de mieux informer la population, participer à des formations et à des sessions d'information de différents organismes tels que : le Conseil de protection des malades, le Regroupement provincial des Comités des usagers, le Regroupement des Comités des usagers du Bas-Saint-Laurent et toute autre formation connexe avec le mandat du Comité des usagers du CSSSK et des Comités de résidents des CHSLD.
- Tenir une assemblée générale annuelle au mois de juin 2015.

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des résidents

- Assurer le bon fonctionnement de chacun des comités des résidents des CHSLD et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.
- S'impliquer dans divers comités tels : le conseil d'administration du CSSSK, le comité de gestion des risques du CSSSK, le comité de vigilance du CSSSK, le conseil d'administration du Regroupement provincial des Comités des usagers et le Comité des proches aidants Kamouraska.

Évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services

- Participer à l'élaboration de différents sondages sur la satisfaction.
- Recevoir et analyser les résultats.
- Assurer un suivi.

Défendre les droits et les intérêts collectifs ou individuels des usagers et des résidents

- Faire un suivi sur le dossier des soins palliatifs et sur le maintien à domicile.
- Accompagner et assister sur demande un usager ou un résident.

Assurer une représentation auprès de diverses instances et de la population

- Tenir un minimum de 8 réunions du Comité des usagers du CSSSK et 4 réunions des comités des résidents des CHSLD dans l'année.
- Rencontre entre le Comité des usagers du CSSSK, les comités des résidents du Centre d'Anjou et du Centre Villa Maria et les coordonnateurs des deux centres d'hébergement afin de discuter des rôles et objectifs des comités en place.
- Assister à des rencontres et colloques pertinents aux rôle et responsabilités du Comité des usagers du CSSSK.
- Faire des représentations lors de la Semaine des usagers et lors de la Semaine québécoise de la famille.

D'autres activités pourront être organisées à la demande des usagers ou par décision du Comité des usagers du CSSSK au besoin.

RAPPORT D'ACTIVITÉS DU COMITÉ DES USAGERS DU CSSSK 2014-2015

Le Comité des usagers du CSSSK a tenu sept réunions régulières :

Les 27 mai, 17 juin, 23 septembre, 4 novembre et 9 décembre 2013, 3 février et 10 mars 2015.

Le Comité des usagers du CSSSK a tenu deux réunions extraordinaires :

- Le 13 janvier 2015, les membres ont tenu une réunion spéciale pour discuter du mandat du Comité et pour faire une évaluation de la performance de ce dernier quant à l'efficacité des réunions et à la participation des membres, et ce, à partir de documents préparés par le Regroupement provincial des comités des usagers.
- Le 12 mars 2015, une réunion a été tenue afin que M^me^ Marie-Claude Ouellet, directrice générale du CSSSK, informe les membres sur la restructuration du réseau (loi 10)

Renseigner les usagers et les résidents sur leurs droits et obligations

- Le rapport d'activités 2013-2014 du Comité des usagers du CSSSK a été déposé lors de l'assemblée générale du 10 juin 2014.
- Participation à une conférence de presse tenue à Rivière-du-Loup le 23 septembre 2014 et regroupant les comités des usagers du KRTB, à l'occasion de la Semaine des droits des usagers.
- Présence de deux membres du Comité à l'Hôpital Notre-Dame de Fatima en octobre 2014 afin de mieux faire connaître le comité (distribution de dépliants, informations données aux usagers, etc.)
- Visites hebdomadaires de deux membres du Comité dans certaines résidences de ressources intermédiaires et dans les CHSLD.
- Tenue d'un kiosque dans le cadre du Colloque des aînés, le 23 avril 2014, au Centre Bombardier.

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et des résidents

- La présence assidue de plusieurs membres du Comité au sein de diverses instances du CSSSK (voir page suivante : « Activités de représentation ») est l'une des voies par lesquelles le Comité des usagers assume cette responsabilité de promotion et de défense des droits des usagers.
- Le 22 octobre, une rencontre a eu lieu avec l'un des visiteurs d'Agrément-Canada, organisme chargé d'évaluer la qualité des soins offerts par le CSSSK.
- Un projet pilote a été mis sur pied : le Comité a confié cinq tableaux de communication à M^me^ France Gagnon, technicienne en éducation spécialisée dans les résidences de ressources intermédiaires, afin de faciliter la communication entre le personnel de la

résidence et la famille du résident. L'an dernier, des tableaux du genre ont été installés dans toutes les chambres des deux CHSLD, et autant le personnel soignant que les familles y voient une façon efficace de s'échanger de l'information pour assurer le bien-être des résidents.

- Le Comité s'assure que les comités de résidents puissent remplir efficacement leur mandat.

Mieux se renseigner sur l'approche de maintien à domicile et autres programmes

- Le 3 février 2015, M. Carl Bélanger, chef de services de soutien à l'autonomie, a rencontré les membres du Comité afin de leur présenter l'ensemble des services à domicile.

Accompagner et assister les usagers ou les résidents sur demande

- La présidente du Comité a répondu à des demandes d'usagers, en toute confidentialité, notamment par des interventions auprès de responsables des services.

Faire du recrutement auprès des familles des résidents et des usagers pour augmenter le nombre de membres dans les différents comités

- Lors des réunions des comités des résidents des CHSLD, un rappel a été fait sur la nécessité d'avoir de la relève.

Activités de représentation

- M[mes] Monique Potvin, Aline Chouinard et Marie-Josée Landry ont siégé au sein du conseil d'administration du CSSSK.
- M[me] Marie-Andrée Lévesque et M. Denis Beaulieu ont siégé au sein du comité de gestion des risques du CSSSK.
- M[me] Monique Potvin a siégé au sein du comité de gestion et de vigilance du CSSSK.
- M[mes] Marie-Andrée Lévesque et Lise Viens ont représenté le Comité au congrès annuel du Regroupement provincial des comités des usagers en octobre 2014.
- M[mes] Berthe Dionne, Thérèse Aubut et Lise Viens ont représenté le Comité au Regroupement régional des comités des usagers, les 18 et 19 septembre 2014 à Gaspé.
- À la suite de sa nomination comme représentante du Bas-Saint-Laurent, M[me] Lise Viens a représenté la région au conseil d'administration du Regroupement provincial des comités des usagers.
- M[me] Lise Viens a représenté le Comité au Comité des proches aidants Kamouraska.
- M[mes] Aline Chouinard, Marie-Andrée Lévesque et Marie-Hélène Lavoie ont représenté le Comité au comité stratégique qualité-sécurité du CSSSK.

Activités promotionnelles

- Des cartes de Pâques et des cartes de Noël ont été offertes aux résidents des CHSLD.
- Des tableaux d'affichage portant le logo du Comité ont été installés dans les corridors des unités dans les CHSLD (neuf tableaux au total)
- *Le comité a profité de la Semaine québécoise* des familles pour effectuer de la promotion par l'entremise d'une activité musicale dans les CHSLD.
- Un porte-bannière a été conçu pour le Comité des usagers par l'Imprimerie Pré-Texte (St-Pascal) : il est utilisé lors des activités promotionnelles et il permet une identification rapide du comité et de son champ d'activités.

Activités de gestion

- Une politique concernant les petites caisses des comités de résidents des CHSLD a été conçue et approuvée par le comité en mars 2014.
- Le 1er avril 2014, un nouveau contrat a été signé avec Mme Lise Viens, personne-ressource du comité. Le libellé du contrat avait été revu au cours du mandat de 2013-2014.

RAPPORTS D'ACTIVITÉS
DES COMITÉS DES RÉSIDENTS
2014-2015

CENTRE VILLA-MARIA

- 29 mai 2014

Nous sommes revenus sur les objectifs que nous nous étions fixés. Il a été très difficile de les remplir compte tenu des événements survenus au début de l'année (feu, inondation, réparations). Il a été difficile de se réunir, compte tenu qu'un membre est décédé et qu'un autre membre a été absent, étant propriétaire d'une cabane à sucre. J'ai par contre fait mes visites régulières au Centre afin de voir si tout était correct pour nos usagers, intervention à l'occasion.

- 24 octobre 2014

Notre recrutement a porté fruit, puisque M[me] Madeleine Thériault s'est jointe à nous. Son expérience de plusieurs années comme proche aidante est un très bon atout. Nous essayons le plus possible de rejoindre les familles des résidents, mais ce n'est pas toujours évident. Lors du dîner de Noël, nous serons plus en mesure de faire des gestes importants afin de leur parler et les faire participer plus, peut-être serons-nous en mesure de trouver de nouveaux bénévoles. Nous avons également discuté de la loi 10 qui est assez complexe, nous aurons plus d'information aux réunions suivantes.

- 24 février 2015

Il est difficile comme comité de connaître les besoins de nos usagers, compte tenu que les familles ne veulent pas coopérer par leur présence. Il y a les tableaux qui nous aident à les rejoindre, pas tous mais c'est quand même satisfaisant. Nous avons comme référence M. Éric St-Jean à qui nous pouvons demander conseil et prendre plus de décisions, être impliqué davantage. Notre objectif pour les mois à venir : rejoindre beaucoup de famille, continuer nos visites personnelles aux résidents, aménager le terrain afin qu'ils soient fiers de leur lieu de résidence. Il ne faut pas oublier quels sont nos objectifs comme comité, nous nous devons d'y revenir souvent.

Aline Chouinard
Présidente

CENTRE D'ANJOU

Le comité a tenu cinq réunions en 2014-2015 : les 6 mai, 17 juin, 30 septembre, 18 novembre 2014 et 25 février 2015.

Les principaux sujets discutés:

- Le réaménagement de certains locaux au rez-de-chaussée
- Les rénovations au 2e étage: planchers, peinture et décoration, projet de rénovation des deux cuisinettes
- Alimentation des résidents
- Visite d'Agrément Canada et notes reçues pour les deux CHSLD (Centre d'Anjou : 100 %; Villa Maria : 100 %)
- Mise à jour de documents (guide d'accueil du résident)
- Documents du comité des résidents – conservation et suivi (classeur et bureau)
- Obligations –Fin de vie avec les résidents et accompagnement de la famille après le décès
- Personnel professionnel: ergothérapie (½ journée/semaine) et conseiller en soins
- Formation carpe diem pour le personnel : comment intervenir (Approche « milieu de vie »)
- Projet de loi 10 et impacts sur le comité des usagers et les comités de résidents
- Signalement des insatisfactions à l'égard des services et leur cheminement dans la structure
- Dîners de Noël pour les résidents et leurs familles
- Décorations de Noël
- Nombre de préposée au 2e étage (diminution constatée)
- Rencontres qualité avec les deux CHSLD pour discuter alimentation et stérilisation, plaies de lit et chutes
- Les mesures d'urgence (en lien avec le dépôt du rapport du coroner pour la résidence du Havre à L'Isle-Verte
- La géothermie
- Pâques
- Les problématiques d'infection à répétition (influenza et gastroentérite) et de fermeture aux visites ont empêché la tenue de la réunion conjointe annuelle entre les comités de résidents des deux CHSLD.

Marc Bourdeau
Président

RAPPORT FINANCIER 2014-2015

Revenus		
Subvention pour l'année 2014-2015	19 535 $	
Excédent de l'année 2013-2014	8 550 $	
Budget pour l'année 2014-2015		***28 085 $***
Dépenses		
Papeterie et matériel de bureau	483 $	
Honoraires	7 757 $	
Formation et inscription	1 896 $	
Frais de déplacement	3 479 $	
Frais postaux	45 $	
Cotisation autre	800 $	
Publicité	1 196 $	
Divers (objets promotionnels, tableaux)	3 880 $	
Total des dépenses pour l'année 2014-2015		***19 536 $***
Excédant de l'année 2014-2015		***8549 $***

OBJECTIFS DU COMITÉ DES USAGERS (KAMOURASKA) ET DES COMITÉS DES RÉSIDENTS
2015-2016

Les objectifs du Comité des usagers (Kamouraska) et des comités des résidents des CHSLD sont établis en vertu des fonctions précisées par la Loi soit :

Renseigner les usagers et les résidents sur leurs droits et obligations

- S'assurer d'avoir toujours une information à jour concernant la restructuration du réseau pour pouvoir renseigner adéquatement les usagers.
- Remettre à la famille de chaque nouveau résident de CHSLD et des ressources intermédiaires le dépliant du Comité des usagers (Kamouraska) et le dépliant du comité des résidents (Centre D'Anjou ou Centre Villa-Maria) qui énoncent clairement les mandats et les responsabilités de ces comités.
- Prévoir des activités d'information à l'intention des usagers et diffuser de l'information sur les droits et obligations des usagers.
- Visiter les ressources intermédiaires afin d'informer les gens sur le rôle et les mandats du Comité des usagers (Kamouraska)
- Informer les nouveaux membres du Comité des usagers (Kamouraska) et des domités des résidents des CHSLD sur leurs rôles et responsabilités en leur fournissant de la documentation.
- S'assurer que le site web qui sera lancé par le nouveau CISSS donnera toute l'information au sujet du Comité des usagers (Kamouraska).
- Tenir un kiosque lors du Salon de la sagesse (La Pocatière) et lors de différents colloques touchant les aînés et les usagers en général.
- Afin de mieux informer la population, participer à des formations et à des sessions d'information de différents organismes tels que : le Conseil de protection des malades, le Regroupement provincial des comités des usagers, et toute autre formation connexe avec le mandat du Comité des usagers (Kamouraska) et des comités des résidents des CHSLD.
- Tenir une assemblée générale annuelle au mois de juin 2016.

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des résidents

- Assurer le bon fonctionnement de chacun des comités des résidents des CHSLD et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.
- Saisir les occasions de s'impliquer dans les comités du nouveau CISSS, lesquels ne sont pas encore connus.
- S'impliquer dans le Regroupement provincial des comités des usagers, le Regroupement régional des comités des usagers, la Table en oncologie et soins palliatifs, le Comité des proches aidants Kamouraska.

Évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services

- Participer à l'élaboration de différents sondages sur la satisfaction.

- Recevoir et analyser les résultats.
- Assurer un suivi.

Défendre les droits et les intérêts collectifs ou individuels des usagers et des résidents

- Faire un suivi sur le dossier des soins palliatifs et sur le maintien à domicile.
- Accompagner et assister sur demande un usager ou un résident.

Assurer une représentation auprès de diverses instances et de la population

- Tenir un minimum de 8 réunions, pour ce qui est du Comité des usagers (Kamouraska), un minimum de 4 réunions, pour ce qui est des comités des résidents des CHSLD.
- Dans la mesure du possible, tenir une réunion conjointe des comités des résidents des CHSLD, à laquelle seront invités les coordonnateurs des deux centres d'hébergement ainsi que les éducatrices spécialisées, afin de discuter des expériences et du fonctionnement des deux comités.
- Assister à des rencontres et colloques pertinents aux rôle et responsabilités du Comité des usagers (Kamouraska)
- Faire des représentations lors de la Semaine des droits des usagers et lors de la Semaine québécoise des familles.

D'autres activités pourront être organisées à la demande des usagers ou par décision du Comité des usagers (Kamouraska) au besoin.

PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES 2015-2016[3]

Revenus		
Subvention pour l'année 2015-2016	18 000 $	
Excédent de l'année 2014-2015	8 549 $	
Budget pour l'année 2014-2015		***26 549 $***
Dépenses		
Papeterie et matériel de bureau	500 $	
Honoraires	9 000 $	
Formation et inscription	2 000 $	
Frais de déplacement	3 500 $	
Frais postaux	50 $	
Cotisation autre	800 $	
Publicité	1 200 $	
Comité des résidents	1 500 $	
Divers (objets promotionnels, tableaux)	2 000 $	
Dépenses prévues pour l'année 2014-2015		***20 550 $***
Excédent prévu pour l'année 2015-2016		***5 999 $***

[3] Le montant du budget qui sera accordé au comité des usagers pour le mandat 2015-2016 n'est pas encore connu. Ces prévisions sont basées sur l'hypothèse d'un budget de 18 000 $, soit environ 1 500 $ de moins que celui accordé pour l'année 2014-2015

RAPPORT ANNUEL
2014-2015

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS DU CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA

AVRIL 2015

Introduction

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre de santé et services sociaux de Kamouraska, en vertu de l'article 214, 11e alinéa, de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, est heureux de vous présenter le rapport annuel pour l'année 2014-2015.

Ce rapport se veut un résumé des activités du comité d'examen des titres et du comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Vous retrouverez également l'énoncé des objectifs déposés en début d'année financière et les résultats obtenus. En dernier lieu, les objectifs de l'année à venir y sont inscrits.

Obligations légales

Au cours de la dernière année, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a rempli ses obligations à travers les activités de ses différents comités et des rencontres de l'ensemble des membres.

Activités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

C.M.D.P. élargi

Au cours de l'année, le C.M.D.P. élargi, qui regroupe l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens, s'est réuni à trois (3) reprises.

Lors de ces réunions, les chefs de département et responsables de services ont soumis aux membres des rapports trimestriels les informant des activités, des problématiques et des questionnements reliés à leur secteur respectif.

Comité d'examen des titres

Le comité d'examen des titres a siégé à neuf (9) reprises au cours de la dernière année.

Il a accepté les demandes de nomination de dix (10) nouveaux médecins :

- Dr Mathieu Blanc, radiologiste, membre associé
- Dre Marie-Pier Langis, radiologiste, membre actif
- Dr Stéphane Thériault, anesthésiste, membre associé
- Dr Hubert Chiasson, anesthésiste, membre associé
- Dr Pierre Dolbec, anesthésiste, membre associé
- Dr Pierre-Olivier Gagnon, anesthésiste, membre associé
- Dre Aude Marceau, interniste, membre associé
- Dr Mario Côté, médecin omnipraticien, membre associé
- Dr Simon-Pierre Veilleux, interniste, membre associé
- Dr Enrique Florès, chirurgien, membre associé

Un seul (1) médecin a remis sa démission au cours de l'année :
- Dr Nader Hanna, anesthésiste

Un (1) médecin a également pris sa retraite au cours de l'année :
- Dr René Gingras, anesthésiste

Encore cette année, la pénurie de pharmaciens a retenu l'attention, cette situation a engendré des coûts importants afin d'assurer un service minimum. Nous avons comblé nos besoins avec une pharmacienne remplaçante, Marie-Josée Blais, qui a été à notre service de juin 2014 au mois de mars dernier.

Comité exécutif

Le comité exécutif chapeaute tous les comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Au cours de la dernière année, le comité exécutif s'est réuni à neuf (9) reprises. Il a pris connaissance de différents dossiers, analysé les problèmes et proposé des actions chaque fois qu'il était indiqué de le faire.

En plus de ses obligations légales, le comité exécutif s'est préoccupé de plusieurs dossiers qui ont un impact sur la qualité de l'acte médical.

En autres :
- Suivi de l'acquisition d'un nouvel appareil d'échographie au département d'urgence
- Suivi au niveau de la mise en place de la téléthrombolyse dans l'établissement
- La conclusion des ententes de service en anesthésie et en radiologie avec le CSSS de Rivière-du-Loup
- L'adoption de plusieurs ordonnances, protocoles, politiques et procédures en provenance des différents secteurs de l'organisation.

Suivi des objectifs annuels 2014-2015

1. **Supporter les recommandations et travailler à l'instauration du programme de l'approche adaptée aux personnes âgées**
   Les médecins de l'organisation sont conscients des bienfaits et font le nécessaire pour contribuer au succès des mesures mises en place par le comité responsable du programme.

2. **Travailler à l'amélioration de la couverture des services médicaux dans le territoire plus à l'est du CSSS de Kamouraska**
   Cet objectif est reconduit à nouveau pour l'année à venir. Le recrutement des médecins sur le territoire se fait graduellement, en moyenne à un seul médecin par année. Nous travaillons à promouvoir la prise en charge de la clientèle au bureau médical de Saint-Pascal en prévision des années à venir et du départ à la

retraite de certains médecins. La possibilité d'aller pratiquer à Saint-Alexandre est toujours considérée offerte et encouragée.

3. **Participer à l'obtention de l'Agrément sans condition**
   Cet objectif est atteint puisque notre établissement a été agréé avec mention.

4. **Maintenir l'excellence du service de radiologie en prévision de la retraite annoncée de notre seul radiologiste**
   La signature de l'entente de service avec le CSSS de Rivière-du-Loup a permis la continuité de l'offre dans l'établissement. Depuis le mois d'août 2014, la collaboration des radiologistes de Rivière-du-Loup est en place. À ce jour, nous constatons que les efforts faits par tous les acteurs de ce changement nous permettent de dire que cet objectif est atteint.

5. **Offrir une formation en échographie d'urgence aux médecins pratiquant au service d'urgence.**
   Cet objectif fait suite logique au remplacement, en 2015, de l'appareil d'échographie d'urgence. C'est afin de permettre aux médecins d'utiliser au maximum les ressources matérielles à leur disposition et dans le cadre du programme d'éducation médicale continue que la formation sur l'utilisation de l'appareil est prévue.

Retour sur l'année 2014-2015

L'année 2014-2015 a été marquée par l'arrivée d'un nouveau ministre de la santé qui, avec ses réformes improvisées, menace l'organisation des soins dans le Kamouraska. Si les objectifs sont louables, les moyens pour y parvenir sont inadaptés, voire même dévastateurs. Le regroupement des CSSS en CISSS risque d'éloigner le centre de décision du Kamouraska, des efforts importants devront donc être déployés afin de s'assurer que les intérêts de notre région seront bien représentés au niveau du CISSS.

Quant au projet de loi 20, il menace le fragile équilibre que nous avons réussi à établir au fil des ans entre la première et la deuxième ligne. Ce projet de loi constitue donc à notre avis la plus grande menace à la qualité des soins dans notre région.

Malgré l'atmosphère déprimante amenée par les réformes improvisées du ministre, je suis fier du travail réalisé par notre équipe de pharmaciens et de médecins. Je note particulièrement l'excellent travail de nos deux pharmaciennes qui accomplissent tout le travail nécessaire malgré un manque chronique de main-d'œuvre (et des menaces de coupures salariales !).

Du côté médical, les effectifs sont au rendez-vous dans les différentes missions de l'établissement. Cela nous permettra de réaliser au cours de la prochaine année un projet que nous souhaitions depuis plusieurs années, c'est-à-dire la mise en place d'une équipe dédiée en soins palliatifs.

Objectifs 2015-2016

1. Faire opposition au projet de loi 20 qui menace l'organisation des soins de première et deuxième ligne au Kamouraska.
2. Participer activement aux divers comités du nouveau CISSS du Bas-St-Laurent afin de s'assurer que les intérêts du Kamouraska y soient bien représentés.
3. Intensifier le recrutement pour couvrir plus adéquatement le territoire a l'est au niveau de la première ligne.
4. Mise en place d'une équipe dédiée aux soins palliatifs sur le territoire.
5. Maintenir les compétences de l'équipe d'obstétrique par le biais du programme AMPRO.
6. Faire la révision des rapports d'incidents impliquant des membres du CMDP afin de dépister des situations à risques récurrentes.

Christian Roux, M.D.
Président du CMDP

Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

RAPPORT ANNUEL
2014-2015

Mot de la présidente

Les membres du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) sont heureux de vous présenter le rapport annuel 2014-2015. Tout au long de l'année, nous avons tenté de réaliser notre mandat premier, soit celui d'apprécier de façon générale la qualité des soins infirmiers posés dans l'établissement et de formuler des recommandations auprès de la direction générale et du conseil d'administration.

Le présent rapport vous résume l'ensemble des activités réalisées par le CECII pour l'année 2014-2015.

Du 3 septembre 2014 au 18 mars 2015, l'exécutif était composé de 8 personnes, dont 6 membres élus. Il s'agit de :

Madame Josée Amesse, CLSC
Madame Doris Brassard, CH, vice-présidente
Madame Liliane Dubé, CH, présidente
Madame Christiane Duval, CLSC
Madame Francine Dubé, CHSLD
Madame Geneviève Rossignol, CH

et deux membres d'office dont :

Madame Brigitte Legault, directrice de programmes et des soins infirmiers
Madame Marie-Claude Ouellet, directrice générale (juillet 2015-)

Le mandat des membres élus est de deux ans et la rotation se fait à raison de trois membres annuellement.

ACTIVITÉS

- Cinq (5) rencontres du comité exécutif du CII ont eu lieu.
- Publication de trois (3) capsules Info CII dans le journal interne.
- Création d'une boîte vocale pour rejoindre les membres du comité exécutif pour questions et commentaires reliés à la profession infirmière
- Participation de la présidente et de la vice-présidente au Colloque CII du Bas-St-Laurent (1 journée, le 15 octobre 2014).
- Remise du dépliant « Le pouvoir et la force du CII » lors de l'embauche par la direction des ressources humaines (pochette d'accueil).
- Participation de la présidente au blogue de l'Association provinciale des CII.

MANDAT

Le mandat du CII, via le CECII, est de formuler des recommandations au conseil d'administration sur les domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers :

- l'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés dans nos centres;
- les règles de soins infirmiers applicables aux infirmières et aux infirmières auxiliaires;
- la distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières.

Le CECII formule également des avis au directeur général sur :

- l'organisation scientifique et technique des centres;
- l'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières.

Le CECII peut également être sollicité pour formuler des avis ou des recommandations sur tout autre dossier confié par le directeur général et par le conseil d'administration.

De plus, pour l'année 2014-2015, l'exécutif s'était donné comme objectif d'accroître sa visibilité auprès de ses membres.

C'est donc avec ces objectifs en tête que le CECII a orienté ses discussions au cours de la présente année.

PLAN D'ACTION 2014-2015 — BILAN

Mandat 1 — Apprécier de manière générale la qualité des actes infirmiers posés dans le CSSS de Kamouraska.

Objectif 1 — Évaluer la pratique de l'infirmière auxiliaire en obstétrique

Novembre 2014 : dépôt au conseil d'administration d'une prise de position portant sur « Les conditions d'intégration des infirmières auxiliaires en obstétrique ».

Mandat III — Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés dans le centre

Objectif 1 – Étudier les documents proposés touchant la distribution appropriée des soins

13 avis favorables ont été produits.

Mandat IV — Donner son avis sur l'organisation scientifique et technique du centre

Objectif 1 – Participer à la planification stratégique du CSSS de Kamouraska

Dans le contexte actuel, le CECII n'a pas été interpelé sur ce sujet.

Mandat V — Évaluation et maintien de la compétence des infirmières et infirmiers

Objectif 1 — Faire la révision du rapport de la visite d'inspection professionnelle

Février 2015 : dépôt de deux (2) avis au conseil d'administration:

- Prévention et évaluation des plaies
- Gestion de la douleur.

Objectif 2 – Évaluer le niveau d'intégration de la loi 90 chez les infirmières

Juin 2014 : élaboration et diffusion d'un quizz sur la loi 90;
Décembre 2014 et février 2015 :

- Café-rencontre portant sur la loi 90 et le leadership infirmier
- Diffusion des outils de l'OIIQ « Portée du champ d'exercices de l'infirmière et collaboration professionnelle » aux infirmières des différentes missions du CSSS de Kamouraska.

En terminant, nous tenons à remercier la direction générale et la direction des soins infirmiers pour leur support et encouragement.

Liliane Dubé
Présidente du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers du CSSS de Kamouraska
31 mars 2015

Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Rapport annuel
Comité exécutif des infirmiers et infirmières auxiliaires
du CSSS de Kamouraska

Composition du comité

L'exécutif du CIIA est composé de trois membres élus dont :

Madame Karine Bérubé, présidente, Hôpital Notre-Dame-de-Fatima (juin 2014-)
Madame Micheline Chrétien-Lemieux, vice-présidente, Hôpital Notre-Dame-de-Fatima (juin 2014— septembre 2014)
Madame Guylaine Bouchard, secrétaire, Hôpital Notre-Dame-de-Fatima (novembre 2014-)
Madame Marlène Lizotte, vice-présidente (septembre 2014 -)

Madame Doris Brassard, conseillère en soins infirmiers, support au comité

Réunions

L'exécutif s'est réuni à quatre (4) reprises (3 septembre, 12 novembre, 21 janvier et 18 mars 2015). La présidente a assisté aux rencontres du comité exécutif des infirmiers et infirmières (CECII) durant la matinée tandis que les autres membres du CECIIA faisaient avancer les dossiers relatifs au plan d'action.

Mandats et réalisations du plan d'action

Mandat I - Apprécier la qualité des soins posés par les personnes qui exercent des activités d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires pour l'établissement.

Objectifs

- Contribuer aux soins des usagers en fin de vie;
- S'assurer que les soins sont appropriés à la personne selon les prescriptions et les nouveaux protocoles.

Moyens

- Sensibiliser les infirmières auxiliaires à participer plus activement aux soins des usagers dans un contexte de soins en fin de vie;
- Contribuer à l'évaluation de la douleur (PQRST);

Mandat II – Donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de l'ensemble des personnes qui exercent des activités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires

Objectif

- Appliquer les règles de préparation et d'administration de la médication unidose.

Moyens

- Rappeler les principes à respecter lors de la préparation, de l'administration et de l'inscription des médicaments;
- Mettre des mécanismes en place pour éviter d'être dérangé durant la préparation de la médication.

Mandat III – Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par les personnes qui exercent des activités d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires pour l'établissement.

Objectif

- Développer les compétences des infirmières auxiliaires en matière de rédaction de notes au dossier.

Moyens

- Notes au dossier et aspect légal;
- Notes standardisées en multiclientèle.

Constat

La rédaction s'est améliorée avec le formulaire « Notes d'évolution. Il reste à compléter les notes lorsqu'une situation inhabituelle survient ou lors de l'administration de médicaments prn.

Karine Bérubé, présidente CECIIA
Mars 2015

RAPPORT ANNUEL 2014-2015
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Au 31 mars 2015, le conseil multidisciplinaire du CSSS de Kamouraska comptait 128 membres actifs. On y retrouvait 22 titres d'emploi distincts. Le comité exécutif était formé de sept représentants du personnel technicien et professionnel soit :

Madame Lise Verreault, présidente, secteur psychosocial
Madame Nancy Chénard, vice-présidente, secteur des techniques médicales
Madame Lucie Bélanger, secrétaire, secteur de la réadaptation
Madame Kathy Jolicoeur, secteur de la thérapie occupationnelle
Madame Nadia Dolbec, secteur communautaire
Monsieur Guillaume Côté, secteur de la nutrition
Monsieur Yves Hébert, secteur non réparti

ainsi que des directeurs généraux, monsieur Daniel Petit (du 1er avril au 13 juillet 2014) et madame Marie-Claude Ouellet (du 14 juillet 2014 au 31 mars 2015) et du directeur des services à la clientèle et de la qualité, monsieur Frédéric Gagnon.

Tous les secteurs étaient représentés cette année.

Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le conseil multidisciplinaire est responsable envers le conseil d'administration :

Article #227

1. de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement;
2. de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par les membres, eu égard aux conditions locales d'exercices requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement;
3. d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le conseil multidisciplinaire doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent.

Article #228

Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil multidisciplinaire est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

1. l'organisation scientifique et technique du centre;
2. les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
3. toute autre question que le directeur général porte à son attention.

Article #229
Le conseil multidisciplinaire peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

Article #230
Les responsabilités du conseil multidisciplinaire sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins trois personnes titulaires de titres d'emploi différents et, le cas échéant, membres d'ordres professionnels différents, élues par et parmi les membres du conseil, du directeur général et de la personne qu'il désigne à cette fin.

Au cours de son mandat 2014-2015, l'exécutif du conseil multidisciplinaire, élu le 5 juin 2014, s'est réuni à 7 reprises pour des réunions régulières et à deux reprises pour des comités de travail portant sur la planification stratégique et le conseil multidisciplinaire dans le projet de loi 10. Madame Verreault, présidente, siège sur le comité stratégique qualité-sécurité et a assisté à 6 rencontres. Elle représente aussi le secteur psychosocial sur la Commission multidisciplinaire régionale et a participé à 3 réunions à l'Agence de la santé et des services sociaux et à 2 conférences téléphoniques. Elle a aussi participé à une conférence téléphonique des présidents et présidentes des conseils multidisciplinaire du Bas-Saint-Laurent. Il n'y a eu aucune rencontre du comité PDRH. Madame Louise East a participé à 4 rencontres du comité de gestion des risques.

Lors de ces rencontres, l'exécutif a :

- Suivi le projet d'adaptation de l'offre de services aux personnes en perte d'autonomie;
- Évalué et poursuivi le concours reconnaissance auprès de ses membres dans les catégories innovation, contribution à la qualité des services et engagement, implication et rayonnement.
- Assuré un suivi à la lettre des intervenants en physiothérapie du CSSSK concernant les sommes accordées pour la formation continue et le per diem reçu pour les stagiaires;
- Participé au processus d'agrément;
- Assuré le suivi concernant des problèmes de climatisation dans les locaux de réadaptation, d'odeurs dans les locaux des nutritionnistes au 1er étage du CH et dans les locaux du CLSC de La Pocatière et de climatisation dans le local de kinésiologie;
- Assuré un suivi sur la planification stratégique;
- Discuté du cadre de référence régional portant sur le plan d'intervention et le plan de services individualisé;
- Suivi la réorganisation des services en ergothérapie suite au départ d'une ergothérapeute;
- Pris connaissance et émis des commentaires sur l'entente de gestion 2014-2015;

- Suivi le budget provisoire 2014-2015;
- Participé au comité de gestion des risques.
- Assuré le suivi d'une lettre de l'équipe de radiologie qui dénonçait une situation de surcharge de travail;
- Assuré le suivi d'une situation critique en inhalothérapie depuis l'abolition du poste d'inhalothérapeute de nuit;
- Suivi l'évolution du dossier du programme des maladies chroniques;
- Assuré le suivi sur la révision du service communautaire;
- Suivi l'évolution du projet de loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales;
- Assuré un suivi sur le respect des espaces non-fumeur et fumeur au CSSSK en lien avec la Loi sur le tabagisme;
- Pris connaissance de l'évaluation de l'organisation des trajectoires de demandes de service à l'accueil clinique;
- Suivi l'implantation du programme de soins palliatifs en longue durée;
- Demandé à la direction générale son avis sur les impacts possibles sur la santé de la population du Kamouraska du projet d'oléoduc proposé par la compagnie TransCanada.

De plus, au cours de ce mandat, l'exécutif a préparé deux avis pour des projets de politiques, cinq avis pour des projets de procédures, un avis sur le règlement visant à établir les conditions d'admission de personnes atteintes de maladies contagieuses ou infectieuses, un avis sur le projet de loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales et un avis sur l'organisation du conseil multidisciplinaire du Bas-Saint-Laurent dans le projet de loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

La prochaine assemblée générale se tiendra le 27 mai 2015.

Nos recommandations des actions à poursuivre par le conseil multidisciplinaire du CISSS du Bas-St-Laurent sont :

RECOMMANDATIONS
Suivre le projet d'adaptation de l'offre de services aux personnes en perte d'autonomie (SAD, hébergement en CHSLD, en RI et au privé, hébergement temporaire, SERG, centre de jour, centre de jour spécialisé, UTRF).
Participer à la planification stratégique 2015-2020.

Collaborer avec les ressources humaines à l'élaboration d'une activité de reconnaissance pour l'ensemble du personnel de l'établissement.
Suivre l'évolution du DCN et du DSQ.
Prendre connaissance de l'évaluation du modèle émergent en DI-TED et émettre des recommandations si nécessaire.
S'assurer de maintenir la qualité et l'accessibilité de nos services dans les processus d'optimisation et faire les recommandations nécessaires sur l'ensemble du territoire.
Être à l'écoute et soutenir nos membres dans les besoins exprimés à l'intérieur de l'exercice de leur fonction cela tant dans la distribution que l'organisation de leur service.
Poursuivre les discussions avec les ressources humaines concernant la reconnaissance du travail des professionnels pour la supervision de stagiaires.
Rechercher et diffuser des bases de données des bonnes pratiques aux professionnels multidisciplinaires.
Suivre l'évolution de l'organisation des trajectoires de demandes de service à l'accueil clinique.
S'assurer que la promotion du service régional Info-social Bas-St-Laurent soit accentuée auprès de la population et qu'un bilan soit refait avant d'introduire des changements opérationnels.

Lise Verreault, travailleuse sociale
Présidente du conseil multidisciplinaire
31 mars 2015

Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

RAPPORT ANNUEL 2014-2015
Comité de gouvernance et d'éthique

Mandat

Le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

- Des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration. Ce code doit, entre autres, prévoir les normes suivantes :
  - traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts
  - traiter de l'identification de situations de conflit d'intérêts
  - prescrire la déclaration obligatoire des intérêts
  - traiter de leurs devoirs et obligations même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions
  - prévoir des mécanismes d'application dont la désignation des personnes responsables de l'application du code et la possibilité de sanctions
- Des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
- Des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- Un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- Une évaluation du fonctionnement du conseil d'administration selon les critères élaborés par le Comité et approuvés par le conseil d'administration;
- Toute autre fonction confiée par le conseil d'administration.

* Réf. : *Loi : art. 181.0.3.*

Composition

Pour l'année 2014-2015, le comité était composé des personnes suivantes :

- M[me] Diane Bisonnette, présidente
- M[me] Marie-Catherine Jeffrey (avril 2014 à septembre 2014)
- M[me] Lise Verreault (septembre 2014 à mars 2015)
- M[me] Marie-Claude Ouellet, secrétaire (juillet 2014 à mars 2015)
- M. Paul Crête
- M. Jean Desjardins
- M. Daniel Petit, secrétaire (avril 2014 à juin 2014)

M[me] Annick Bernard, adjointe à la direction générale, a été mandatée pour effecteur le support administratif.

Réunions

Le Comité tient des réunions ordinaires aussi souvent que nécessaire, à la demande du président. Il doit cependant se réunir au moins quatre (4) fois par année.

Au cours de l'année 2014-2015, les membres se sont réunis quatre (4) fois.

En collaboration avec la directrice générale, l'adjointe à l'administration de la direction générale, communications et dossiers majeurs organisationnels et le directeur des services à la clientèle et de la qualité, les membres du comité de gouvernance et d'éthique se sont entretenus sur différents sujets afin de :

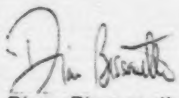
- Définir le rôle du comité de gouvernance et d'éthique au regard de la rédaction, de l'approbation, de la mise en place et de la révision des règlements et politiques qui ont une portée organisationnelle, stratégique ou en lien avec un règlement du conseil d'administration;
- Prendre connaissance et s'assurer que le suivi soit fait en lien avec le plan et le calendrier de rédaction des règlements du conseil d'administration en vertu de l'article 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);
- Étudier et recommander au conseil d'administration l'adoption des documents suivants :
  - règlement portant sur l'organisation du service de soins spirituels
  - code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska
  - règlement portant sur le délai accordé au médecin, au dentiste, au pharmacien pour compléter le dossier d'un usager après les derniers services fournis
  - politique relative à la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles favorables à la santé et au mieux-être
  - règlement portant sur le comité de gestion des risques
- Adapter le questionnaire d'auto-évaluation du conseil d'administration;
- Faire le suivi recommandé par Agrément Canada en matière de gouvernance;
- Évaluer le rendement de l'organisation par rapport aux normes de la gouvernance;
- Appliquer le plan d'action 2014-2015 du comité de gouvernance et d'éthique et le mettre à jour en tenant compte des pistes d'amélioration à insérer suite à l'évaluation du rendement par rapport aux normes de la gouvernance;
- Préparer le conseil d'administration à la visite d'Agrément Canada prévue en octobre 2014;
- Prendre connaissance de la révision de la politique des communications et du tableau de réalisation des enjeux en matière communication (suivi du plan de communication rédigé en 2010);
- Discuter des profils de compétences et d'expérience des membres du conseil d'administration;
- Suivre l'évolution du projet de loi 10;
- Rédiger le rapport annuel 2014-2015.

Dans son plan d'action 2014-2015, le comité de gouvernance et d'éthique avait pour objectif :

- Assurer une culture de saine gouvernance;
- Assurer la formation aux membres du conseil d'administration selon les sujets retenus et pertinents à leurs responsabilités (en raison de l'adoption de la loi 10 par le Ministère, les activités en lien avec ce dossier n'ont pas été réalisées);
- Finaliser la préparation pour la visite d'Agrément Canada (volet gouvernance);
- Poursuivre l'amélioration du tableau de bord visant à évaluer le rendement du CSSSK sur les cibles prioritaires;
- Assurer la rédaction ou la révision des règlements du conseil d'administration (en raison de l'adoption de la loi 10, les activités en lien avec ce dossier ont été suspendues);
- Réviser les documents remis aux administrateurs et les relier dans un cahier de l'administrateur;
- Réviser le plan d'accueil des nouveaux membres;
- Développer des outils pour faciliter le travail du conseil d'administration tel qu'un « conseil d'administration sans papier » (en raison de l'adoption de la loi 10, les activités en lien avec ce dossier n'ont pas été réalisées);
- Révision du code d'éthique et mise en place du mécanisme pour traiter la possibilité de sanction disciplinaire.

En conclusion, les membres du comité de gouvernance et d'éthique tiennent à souligner que, dans le contexte de la réorganisation suscitée par la mise en place des centres intégrés de santé et de services sociaux suite à l'adoption de la loi 10 et que ceci a créé des bouleversements au niveau de l'organisation du travail et a suscité de l'inquiétude, les employés du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska ont continué à travailler avec un grand professionnalisme et ont continué à offrir des services de qualité à la population.

La présidente,



Diane Bissonnette

Rapport annuel du comité ressources humaines du conseil d'administration

Le comité ressources humaines du conseil d'administration a été formé par le conseil d'administration le 13 janvier 2014.

MANDAT DU COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

Le comité des ressources humaines assure un suivi en regard des principaux dossiers conformément à ses responsabilités et exerce entre autres les fonctions suivantes :

- Recevoir des orientations claires en matière de philosophie de gestion des ressources humaines et les proposer au conseil d'administration pour adoption;
- Recevoir et analyser les besoins en matière de politique, adopter un plan de réalisation et proposer les politiques au conseil d'administration pour adoption;
- Recevoir et analyser le plan de développement des ressources humaines, suivre son évolution et faire des recommandations au conseil d'administration, ce plan comporte une section sur la gestion des talents notamment en regard des gestionnaires;
- Recevoir et analyser le plan de main-d'œuvre et le soumettre au conseil d'administration;
- Recevoir et analyser des politiques de soutien et de développement des compétences du personnel et les proposer au conseil pour adoption;
- S'assurer de l'existence de mécanismes de concertation et de consultation appropriés;
- Recevoir et analyser des rapports portant sur le climat organisationnel en général;
- S'assurer de l'application de la politique d'évaluation du rendement des cadres supérieurs, des cadres intermédiaires et des employés;
- Être informé des projets de développement organisationnel;
- S'assurer de la mise en place de pratiques de gestion mobilisatrice;
- Recevoir les rapports faisant état de l'avancement des dossiers et émettre des recommandations au conseil d'administration;
- Tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration.

COMPOSITION DU COMITÉ RESSOURCES HUMAINES

Pour l'année 2014-2015, le comité était composé des personnes suivantes :

- M. Paul Crête, président
- M. Jean Desjardins
- Mme Diane Bissonnette, remplacée par Mme Lise Verreault
- M. Daniel Boissonnault, remplacé par Mme Marie-Josée Landry

- Mme Marie-Claude Ouellet
- Mme Marie-Josée Boucher

FRÉQUENCE DES RENCONTRES ET SUJETS ABORDÉS

Trois rencontres ont eu lieu au cours de l'année et lors de ces réunions, il a été question des sujets suivants :

- Révision de la politique du plan de développement des ressources humaines;
- Révision de la politique contre la violence et le harcèlement en milieu de travail et sa procédure;
- Révision de la politique d'appréciation du rendement et sa procédure;
- Révision de la politique de reconnaissance, mobilisation et valorisation;
- Révision de la politique de contrôle et de gestion des produits potentiellement toxiques ou dangereux (SIMDUT);
- Révision de la politique de vaccination contre l'influenza des personnes qui oeuvrent au CSSS de Kamouraska;
- Révision de la politique d'immunisation pour le personnel oeuvrant au CSSS de Kamouraska;
- Bilan du plan de développement des ressources humaines;
- Plan d'action au plan de main-d'œuvre local 2014-2015;
- Rapport Agrément 2014 – Capital humain;
- Plan de main-d'œuvre régional 2014-2015;
- Rapport sur les embauches et départs;
- Sondage sur la qualité de vie au travail;
- Projet de programme de reconnaissance.

Un rapport a été fait au conseil d'administration suivant chacune des réunions.

Le travail a été perturbé par les effets démobilisateurs du projet de loi 10 sans altérer le professionnalisme de chaque membre et collaborateur du comité.

Le président,

Paul Crête

ANNEXE B – RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

MALLETTE

Mallette s.e.n.c.r.l.

107 rue de l'Hôtel-de-Ville
Rivière-du-Loup QC G5R 4P6

Téléphone 418 862-0855
Télécopie 418 867-0769
Courriel info.rdl@mallette.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
CISSS du Bas-St-Laurent

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats et de la variation des actifs nets (dette nette) pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de Santé et des Services sociaux de Kamouraska pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de Santé et de Services sociaux de Kamouraska.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de Santé et des Services sociaux de Kamouraska pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celle des états financiers audités du Centre de Santé et des Services sociaux de Kamouraska pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés (suite)

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP3410 – Paiements de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transfert à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transfert seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide concernant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transfert à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable. De plus, l'établissement a reçu des sommes totalisant 2 059 744 $ dans les années antérieures pour financer l'achat d'immobilisations à même la subvention de fonctionnement de l'Agence. Ces sommes ont été inscrites en revenus dans le fonds d'exploitation et par transfert inter fonds pour inscrire ces sommes au fonds d'immobilisations. Nous sommes d'avis que ces sommes répondent à la définition d'un passif compte tenu des limitations imposées à l'établissement pour l'utilisation de ces sommes. Ce passif devra être amorti au même rythme que les immobilisations auquel il est rattaché. Par conséquent, le solde du fonds d'immobilisation est surévalué de 1 931 608 $ et les apports reportés au fonds d'immobilisation sont sous-évalués du même montant.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de Santé et des Services sociaux de Kamouraska au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de actifs nets (dette nette), gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date.

Mallette s.e.n.c.r.l.

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Rivière-du-Loup, Québec
Le 12 juin 2015

[1] CPA auditrice, CA, permis de comptabilité publique no A113347

MALLETTE

ANNEXE C – EXTRAITS DES ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS de Kamouraska	1134-5379	200-00 /
Tous les fonds	exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉS	

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (Fl.P408)	1	42 085 869	39 673 812	1 639 900	41 313 712	44 177 485
Subventions Gouvernement du Canada (Fl.P294)	2					
Contributions des usagers	3	2 565 351	2 424 226	XXXX	2 424 226	2 494 002
Ventes de services et recouvrements	4	305 211	840 181	XXXX	840 181	643 222
Donations (Fl.P294)	5	60 000		64 139	64 139	61 355
Revenus de placement (Fl.P302)	6	45 000	48 995	6 104	55 099	49 776
Revenus de type commercial	7			XXXX		
Gain sur disposition (Fl.P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (Fl.P302)	11	400 440	352 918	1 007 191	1 360 109	248 563
TOTAL (L.01 à L.11)	12	45 461 871	43 340 132	2 717 334	46 057 466	47 672 403
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	30 423 948	31 267 779	XXXX	31 267 779	30 873 459
Médicaments	14	1 521 649	1 235 077	XXXX	1 235 077	1 513 369
Produits sanguins	15	411 116	529 949	XXXX	529 949	381 674
Fournitures médicales et chirurgicales	16	968 803	975 840	XXXX	975 840	948 442
Denrées alimentaires	17	532 888	540 683	XXXX	540 683	545 965
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	2 817 040	2 734 115	XXXX	2 734 115	2 784 908
Frais financiers (Fl.P325)	19	650 000		635 746	635 746	644 085
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	401 635	466 717	26 492	493 209	1 064 292
Créances douteuses	21		31 675	XXXX	31 675	633
Loyers	22	59 696	248 446	XXXX	248 446	79 603
Amortissement des immobilisations (Fl.P422)	23	2 200 000	XXXX	2 099 228	2 099 228	2 125 479
Perte sur disposition d'immobilisations (Fl.P420, 421)	24		XXXX	5 892	5 892	1 682
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (Fl.P325)	27	5 521 596	5 773 003		5 773 003	5 651 176
TOTAL (L.13 à L.27)	28	45 508 371	43 803 284	2 767 358	46 570 642	46 614 767
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(46 500)	(463 152)	(50 024)	(513 176)	1 057 636

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex courant	Fonds immobilisations Ex courant	Total Ex courant (C1+C2)	Total Ex préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	709 720	2 180 397	2 890 117	1 832 481	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	709 720	2 180 397	2 890 117	1 832 481	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(463 152)	(50 024)	(513 176)	1 057 636	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	(220 900)	220 900	0		6
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(220 900)	220 900			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	25 668	2 351 273	2 376 941	2 890 117	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	2 376 941	2 890 117	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	2 376 941	2 890 117	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIERE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	3 745 063	351 945	4 097 008	3 858 712
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI:P408)	3	271 990	180 694	452 684	865 017
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	657 718	823 334	1 481 052	812 024
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(93 755)	93 755	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	3 425 747	(1 501 631)	1 924 116	2 433 825
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	73 370	73 370	75 442
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	79 295		79 295	76 340
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	8 086 058	21 467	8 107 525	8 121 360
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		338 628	338 628	538 780
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	3 672 779	486 121	4 158 900	3 239 440
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	583 063	583 063	859 057
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		180 694	180 694	178 644
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	1 359 810	1 464 022	2 823 832	2 733 280
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	23 161 768	23 161 768	22 930 989
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	3 599 638	XXXX	3 599 638	3 480 208
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	53 146	200	53 346	32 878
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	8 685 373	26 214 496	34 899 869	33 993 276
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(599 315)	(26 193 029)	(26 792 344)	(25 871 916)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	28 544 302	28 544 302	28 100 457
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	345 662	XXXX	345 662	378 780
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	279 321		279 321	282 796
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	624 983	28 544 302	29 169 285	28 762 033
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	25 668	2 351 273	2 376 941	2 890 117

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)
Colonne 2: Établissements publics seulement
Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro
Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(28 553 556)	48 144	(25 920 060)	(25 871 916)	(27 028 852)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L 01 à L 03)	4	(28 553 556)	48 144	(25 920 060)	(25 871 916)	(27 028 852)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P 200, L 29)	5	(46 500)	(463 152)	(50 024)	(513 176)	1 057 636
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS						
Acquisitions (FI P421)	6	(1 625 000)	XXXX	(2 548 965)	(2 548 965)	(1 874 788)
Amortissement de l'exercice (FI P422)	7	2 200 000	XXXX	2 099 228	2 099 228	2 125 479
(Gain)/Perte sur dispositions (FI P208)	8		XXXX	5 892	5 892	1 682
Produits sur dispositions (FI P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L 06 à L 13)	14	575 000	XXXX	(443 845)	(443 845)	252 373
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15			XXXX		
Acquisition de frais payés d'avance	16	(170 000)				(178 277)
Utilisation de stocks de fournitures	17	25 000	33 118	XXXX	33 118	25 204
Utilisation de frais payés d'avance	18		3 475		3 475	
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L 15 à L 18)	19	(145 000)	36 593		36 593	(153 073)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		(220 900)	220 900	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L 05 + L 14 + L 19 + L 20)	21	383 500	(647 459)	(272 969)	(920 428)	1 156 936
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L 04 + L 21)	22	(28 170 056)	(599 315)	(26 193 029)	(26 792 344)	(25 871 916)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(513 176)	1 057 636
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	36 593	(153 073)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	5 892	1 682
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7		30 639
Amortissement des immobilisations	8	2 099 228	2 125 479
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10		
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	508 607	
Autres	13		(1 261 731)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	2 650 320	742 996
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	895 484	(734 405)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	3 032 628	1 066 227
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17	(2 548 965)	(1 874 788)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(2 548 965)	(1 874 788)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	2 480 669	9 493 606
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2	(1 123 949)	(6 764 947)
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(1 125 941)	(1 015 251)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4	(275 994)	(210 115)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	2 335 467	8 421 573
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8	(2 480 669)	(9 493 606)
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(54 950)	(37 019)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10		
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	(245 367)	394 241
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 - P.208-01, L.13)	14	238 296	(414 320)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	3 858 712	4 273 032
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	4 097 008	3 858 712
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT			
Encaisse	17	4 097 008	3 858 712
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	4 097 008	3 858 712

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	412 333	294 803
Autres débiteurs	2	(669 028)	(299 853)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	1 102	
Frais reportés liés aux dettes	4	2 072	(20 949)
Autres éléments d'actifs	5	(2 955)	(35 817)
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	919 460	(602 868)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8		
Intérêts courus à payer	9	2 050	50 788
Revenus reportés	10	90 552	(23 207)
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	119 430	
Autres éléments de passifs	13	20 468	(97 302)
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L 01 à L 13)	14	895 484	(734 405)
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	486 121	231 921
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18	613 098	613 724
Intérêts encaissés (revenus)	19	431 988	434 589
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	621 125	621 712
Intérêts déboursés (dépenses)	21	440 431	443 068
Placements temporaires:			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		
Échéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L 24 + L 25 - L 26)	27		

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

NOTE 1 – RÉSULTATS

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES du fonds d'exploitation indiqué à la page 202, ligne 5, se solde par un excédent des charges sur les revenus au montant de (463 152 $).

Si l'établissement n'avait pas comptabilisé les indemnités de départ suite à la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales ainsi qu'un transfert de fonds d'immobilisations directement au solde de fonds d'exploitation, le résultat aurait été le suivant :

Déficit des activités principales page 202, ligne 5	(463 152 $)
Indemnité de départ des cadres suite à la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales	241 770 $
Transfert du fonds d'immobilisations directement au solde de fonds d'exploitation	244 945 $
Excédent des charges sur les revenus	23 563 $

NOTE 2 – STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Il a pour mandat d'offrir :

De maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population de la MRC de Kamouraska en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Kamouraska.

Le siège social de l'établissement est situé à Saint-Pascal. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de la MRC de Kamouraska.

En vertu des lois fédérales et provinciales de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux
La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région sociosanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'établissement est fusionné avec le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses préoccupations sans reprise d'instance.

NOTE 3 – PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable
Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'établissement utilise prioritairement le Manuel de gestion financière établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception :
Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP-3410 « Paiements de transferts », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transferts seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide concernant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux on été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Utilisation d'estimations
La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire et les créances irrécouvrables.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice
La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés au moment où ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable
Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel.

Revenus
Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passés aux résultats au fur et à mesure que l'établissement bénéficiaire rencontre les stipulations.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers
Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Revenus d'intérêts
Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Autres revenus
Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Dépenses de transfert
Les dépenses de transfert octroyées payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice.

Salaires, avantages sociaux et charges sociales
Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services
Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Trésorerie et équivalents de trésorerie
La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse.

Débiteurs
Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

Les charges pour créances douteuses de l'exercice sont comptabilisées aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts
Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer
Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme
Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec
Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Passifs environnementaux
Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés ne faisant pas l'objet d'un usage productif ou faisant l'objet d'un usage productif, mais dont l'état émane d'un événement imprévu, sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement.

La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice. Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, le gouvernement du Québec ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2014-2015.

Pour les terrains non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement concerné doit comptabiliser ses passifs environnementaux après avoir préalablement obtenu une autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'une subvention à recevoir de celui-ci.

Les passifs environnementaux sont présentés au fonds d'immobilisations.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs
Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de : l'assurance-salaire ainsi que des congés de maladies et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations-rétention hors-cadres.

- Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance-salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

- Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernées.

- Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de malades par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Régime de retraite
Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations
Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Aménagements des terrains : 10 à 20 ans
Bâtiments : 20 à 50 ans
Améliorations locatives : durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements : 3 à 15 ans
Équipements spécialisés : 10 à 25 ans
Matériel roulant : 5 ans
Développement informatique : 5 ans
Réseau de télécommunication : 10 ans
Location-acquisition : sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance
Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stock de fourniture
Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds
Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

Le fonds d'exploitation : Fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

Le fonds d'immobilisations : Fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Prêts interfonds
Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Classification des activités
La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales : Elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.

Activités accessoires : Elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités
En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

Unités de mesure
Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

Avoir propre
L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

NOTE 4 – MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2015, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

NOTE 5 – DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 16 juillet 2014 relativement au fonds d'exploitation et au fonds d'immobilisations.

Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice :

Comparaison du budget initial avec réel au 31 mars 2015
Activités principales et accessoires

Revenus	Budget	Activités principales	Écart	Réf.
Subventions Agence et MSSS	39 347 369 $	39 466 312 $	-118 943 $	
Contribution des usagers	2 565 351 $	2 424 226 $	141 125 $	
Ventes de services et recouvrements	305 211 $	840 181 $	-534 970 $	Note 1
Revenus de placement	40 000 $	48 995 $	-8 995 $	
Autres revenus :				
Fonds santé au travail (SAT)	201 145 $	207 500 $	-6 355 $	
Stationnement	111 000 $	85 000 $	26 000 $	
Revenus de stage d'enseignement	8 000 $	8 865 $	-865 $	
Escomptes de caisse et intérêts TVQ/TPS	15 000 $	15 789 $	-789 $	
Ventes de place	0 $	24 290 $	-24 290 $	
Contributions autres établissements	52 844 $	212 091 $	-159 247 $	
P.N.C.P.	12 451 $	6 883 $	5 568 $	
Total des revenus :	**42 658 371 $**	**43 340 132 $**	**-681 761 $**	
Charges				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	30 423 948 $	31 267 779 $	-843 831 $	Note 2
Médicaments	1 521 649 $	1 235 077 $	286 572 $	
Produits sanguins	411 116 $	529 949 $	-118 833 $	
Fournitures médicales et chirurgicales	968 803 $	975 840 $	-7 037 $	
Denrées alimentaires	532 888 $	540 683 $	-7 795 $	
Rétributions aux ress. non institutionnelles	2 817 040 $	2 734 115 $	82 925 $	
Entretiens et réparations	401 635 $	466 717 $	-65 082 $	
Créances douteuses	0 $	31 675 $	-31 675 $	
Loyers	59 696 $	248 446 $	-188 750 $	
Autres charges	5 521 596 $	5 773 003 $	-251 407 $	Note 3
Total des charges :	**42 658 371 $**	**43 803 284 $**	**-1 144 913 $**	
Surplus (Déficits) de l'exercice	**0 $**	**-463 152 $**	**463 152 $**	

Note 1

Recouvrement assurance	10 600 $
Annulation pénalitée	28 900 $
Quote-part paie régionale	35 000 $
Prêt de service	126 400 $
Répits dépannage	9 000 $

S.A.A.Q. transport ambulance	15 000 $	
Remboursement volume médicaments GACEQ	16 400 $	
Libérations syndicales	58 800 $	
Remboursement vaccins	7 200 $	
Autres	13 900 $	
Vente de service repas	22 700 $	
Vente de service paie régionale	191 100 $	
Total :		**535 000 $**

Note 2

Dépassement du taux horaire travaillé dû à une sous-évaluation du taux	202 800 $	
Dépassement du taux horaire travaillé dû à la main-d'Œuvre indépendante	266 800 $	
Dépassement des heures travaillées	124 000 $	
Coût de l'assurance salaire à la baisse	-275 900 $	
Coût de la formation et de l'orientation plus élevé	176 300 $	
Indemnité de départ, règlements griefs	277 900 $	
Libérations syndicales	37 800 $	
Autres	34 100 $	
Total :		**843 800 $**

Note 3

Contrats de service achetés professionnels	-49 000 $	
Contrats de service achetés autres	80 000 $	
Fournitures de laboratoire et radiologie	-97 500 $	
Frais de transport usagers	-68 800 $	
Honoraires professionnels	-157 300 $	
Energie	36 700 $	
Autres dépenses	4 500 $	
		-251 400 $

NOTE 6 – INSTRUMENTS FINANCIERS

Impact sur les états financiers
L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes
Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

NOTE 7 – DETTES À LONG TERME

En présumant que les financements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

Dettes à long terme

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2005, d'une valeur nominale de 1 306 094.44 $ au taux effectif de 4.50 %, garantie par le gouvernement, remboursable par versement semestriel	835 900 $	888 144 $

au montant de 52 243.78 $, échéant en 2015.		
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2008, d'une valeur nominale de 1 561 040.66 $ au taux effectif de 4.077 %, garantie par le gouvernement, remboursable par versement semestriel au montant de 62 441.63 $, échéant en 2014.	0 $	1 186 391 $
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2010, d'une valeur nominale de 2 890 699.26 $ au taux effectif de 3.835 %, garantie par le gouvernement, remboursable par versement semestriel au montant de 115 627.97 $, échéant en 2016.	2 428 187 $	2 543 815 $
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2010, d'une valeur de nominale de 3 412 621.18 $ au taux effectif de 2.942 %, garantie par le gouvernement, remboursable par versement semestriel au montant de 136 504.85 $, échéant en 2016.	2 866 602 $	3 003 107 $
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2012, d'une valeur nominale de 1 826 881.29 $ au taux effectif de 2.0744 %, garantie par le gouvernement, remboursable par versement semestriel au montant de 73 075.25 $, échéant en 2017.	1 680 731 $	1 753 806 $
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2013, d'une valeur nominale de 4 133 529.36 $ au taux effectif de 2.123 %, garantie par le gouvernement, remboursable par versement semestriel au montant de 212 758.27 $, échéant en 2018.	3 708 013 $	3 920 771 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de Financement en 2014, d'une valeur nominale de 9 493 606.21 $ au taux effectif de 2.2452 %, garantie par le gouvernement, remboursable par versement semestriel au montant de 447 393.72 $, échéant en 2018.	9 046 212 $	9 493 606 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de Financement en 2015, d'une valeur nominale de 2 480 669.79 $ au taux effectif de 2.2915 %, garantie par le gouvernement, remboursable par versement semestriel au montant de 116 710.45 $, échéant en 2033.	2 480 670 $	0 $
Sous-total	**23 046 315 $**	**22 789 640 $**
Fonds d'amortissement	**0 $**	**0 $**
Total	**23 046 315 $**	**22 789 640 $**

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

2015-2016	1 937 970 $
2016-2017	5 892 593 $
2017-2018	2 311 443 $
2018-2019	770 862 $
2019-2020	10 230 327 $
2020-2021 et subséquents	1 897 120 $
Total :	**23 046 315 $**

NOTE 8 – PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :

	Exercice courant	Exercice précédent
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadres	8,65 %	8,65 %

Le tableau suivant explique la variation annuelle des provisions composant les passifs au titre des avantages sociaux :

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	2 721 512 $	45 857 $		2 767 369 $	2 721 512 $
Assurance-salaire	528 386 $	19 769 $		548 155 $	528 386 $
Provision pour maladie	123 521 $	18 813 $		142 334 $	123 521 $
Droits parentaux	12 916 $		4 905 $	8 011 $	12 916 $
Congés mobiles	4 895 $	6 113 $		11 008 $	4 895 $
Congés fériés	88 978 $	33 783 $		122 761 $	88 978 $
Total	**3 480 208 $**	**124 335 $**	**4 905 $**	**3 599 638 $**	**3 480 208 $**

NOTE 9 – IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Terrain	176 509 $		176 509 $	176 509 $
Aménagement des terrains	757 235 $	529 051 $	228 184 $	240 391 $
Bâtiments	23 857 063 $	12 696 481 $	11 160 582 $	11 822 851 $
Améliorations locatives				
Améliorations majeures aux bâtiments	11 567 535 $	1 480 539 $	10 086 996 $	9 921 722 $
Matériels et équipements	7 321 479 $	6 492 136 $	829 343 $	1 093 192 $
Equipements spécialisés	10 520 971 $	6 016 763 $	4 504 208 $	4 548 302 $
Matériel roulant	68 663 $	68 663 $		10 299 $
Développement informatique				
Réseau de télécommunication				
Location-acquisition				
Projets en cours	1 558 480 $		1 558 480 $	317 191 $
Total	**55 827 935 $**	**27 283 633 $**	**28 544 302 $**	**28 100 457 $**

L'information détaillée sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé sont présentés respectivement aux pages 420-00 à 422-00 du AS-471 ou 361 à 363 du AS-475.

Les travaux en cours ne sont pas amortis, car ils ne sont pas en service.

NOTE 10 – GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit et le risque de liquidité. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risque de crédit
Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse, les débiteurs – Agences et MSSS, les autres débiteurs et la subvention à recevoir (perçues d'avance) – réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	4 097 008 $	3 858 712 $
Placements temporaires		
Débiteurs - Agences et MSSS	452 684 $	865 017 $
Autres débiteurs	1 481 052 $	612 024 $
Subvention à recevoir (perçue d'avance - réforme comptable	1 924 116 $	2 433 825 $
Placements de portefeuille		
Total	**7 954 860 $**	**7 969 578 $**

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ, de la CSST, du gouvernement du Canada et de la Fondation qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 80 % pour le présent exercice et 82 % pour l'exercice antérieur du montant total recouvrable.

Le chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	657 718 $	757 523 $
Autres débiteurs en souffrance		
Moins de 30 jours		
De 30 à 59 jours		
De 60 à 89 jours		
De 90 jours et plus	54 271 $	42 127 $
Sous-total	711 989 $	799 650 $
Provision pour créances douteuses	54 271 $	42 127 $
Sous-total		
Total des autres débiteurs	657 718 $	757 523 $

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses :	42 127 $	41 509 $
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	19 515 $	6 262 $
Montants recouvrés	7 371 $	5 644 $
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	54 271 $	42 127 $

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

L'article 269 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contributions autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faites à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, l'établissement s'est conformé aux articles 269 de cette loi.

Risque de liquidité
Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs agences et MSSS, les autres créditeurs, les autres charges à payer et les dettes à long terme.

Risque de taux d'intérêt
Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds en provenance de l'Agence – enveloppes décentralisées. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	338 628 $	538 780 $
Avances de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées	583 063 $	859 057 $
Dettes à long terme	23 161 768 $	22 930 989 $

Le montant des emprunts temporaires totalisant 338 628 $ porte intérêt un taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds en provenance de l'Agence – enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 23 744 831 $, un montant de 583 063 $ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS ou l'Agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 23 161 768 $, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. Ce montant représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS ou l'Agence.

Autre risque de prix
L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

L'établissement n'est pas exposé à ce risque.

NOTE 11 – BIENS DÉTENUS À TITRE DE FIDUCIAIRE

À titre de fiduciaire, l'établissement administre les biens suivants au profit des bénéficiaires (dépenses personnelles des usagers).

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du AS-471.

NOTE 12 – OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

L'établissement est apparenté avec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du AS-471.

NOTE 13 – SERVICES À TITRE GRATUIT

L'établissement fournit, à titre gratuit, un local à la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima et assume les frais d'entretien et les services téléphonique et informatique.

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	39 347 369	39 466 312	207 500	39 673 812	41 504 357
Subventions Gouvernement du Canada (C2 P290/C3 P291)	2					
Contributions des usagers (P301)	3	2 565 351	2 424 226	XXXX	2 424 226	2 494 002
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	305 211	840 181	XXXX	840 181	643 222
Donations (C2 P290/C3 P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6	40 000	48 995		48 995	44 365
Revenus de type commercial (P351)	7		XXXX			
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	400 440	267 918	85 000	352 918	246 563
TOTAL (L.01 à L.11)	12	42 658 371	43 047 632	292 500	43 340 132	44 932 499
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2 P320/C3 P351)	13	30 423 948	31 090 415	177 364	31 267 779	30 873 459
Médicaments (P750)	14	1 521 649	1 235 077	XXXX	1 235 077	1 513 369
Produits sanguins	15	411 116	529 949	XXXX	529 949	381 674
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	968 803	975 840	XXXX	975 840	948 442
Denrées alimentaires	17	532 888	540 683	XXXX	540 683	545 965
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	2 817 040	2 734 115	XXXX	2 734 115	2 784 908
Frais financiers (P325)	19			XXXX		
Entretien et réparations (C2 P650 c/a 7800)	20	401 635	466 717		466 717	1 055 261
Créances douteuses (C2 P301)	21		31 675		31 675	633
Loyers	22	59 696	248 446		248 446	79 603
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	5 521 596	5 675 007	97 996	5 773 003	5 651 176
TOTAL (L.13 à L.24)	25	42 659 371	43 527 924	275 360	43 903 284	43 834 490
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(480 292)	17 140	(463 152)	1 098 009

ANNEXE D – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

TITRE		Numéro d'identification
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA		CA-CR-02
ANNULE LE DOCUMENT SUIVANT		
TYPE DE DOCUMENT	CODE	Nombre de pages
CADRE DE RÉFÉRENCE	CR	Page 1 sur 33
ORIGINE	CONSEIL D'ADMINISTRATION	

RESPONSABLE DE L'IMPLANTATION	LES DESTINATAIRES
CONSEIL D'ADMINISTRATION	CONSEIL D'ADMINISTRATION
RESPONSABLE DE L'APPLICATION	
CONSEIL D'ADMINISTRATION	

RESPONSABILITÉ DE CONSERVATION	Secrétariat de la direction générale et de la direction concernée
SUPPORT DE DIFFUSION	Fichier électronique, bibliothèque Lotus Notes ou centre d'information et système de gestion des documents cliniques

ADOPTÉE PAR	Conseil d'administration (CA)	No résolution du CA : 2014-05-26-11
DATE DE L'ADOPTION	2014-05-26	
DATE DE LA MISE EN VIGUEUR	2014-05-26	
DATE DE LA RÉVISION		
DATE DE LA PROCHAINE RÉVISION	2017	
SIGNATURE	Président du conseil d'administration	

LE GENRE MASCULIN EST UTILISÉ POUR ALLÉGER LE TEXTE.

La qualité des gens d'services, une force !

Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA

Révisé le 2014-05-26

AVANT-PROPOS

En vertu du paragraphe 2 de l'article 181.0.0.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), le comité de gouvernance et d'éthique d'un établissement de santé et de services sociaux doit élaborer un Code d'éthique et de déontologie, conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30) applicable aux membres du conseil d'administration d'un établissement de santé et de services sociaux.

Par éthique, il faut entendre des valeurs morales tandis que la déontologie fait référence à un ensemble de règles et de normes de conduite.

En outre, il contient une section sur le comité de discipline (section 8.3). Cette section permet d'appliquer les dispositions du dernier alinéa de l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*. Elles prescrivent ce qui suit : « *Le rapport annuel doit en outre faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires*1, *de leur décision et des sanctions imposées par l'autorité compétente*2 *ainsi que du nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année* ».

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 5
PRÉAMBULE 9
ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES 10
1.1 Préambule 10
1.2 Objectifs généraux et champ d'application 10
1.3 Fondement 11
ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION 11
ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE 13
ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE 14
Disponibilité et participation active 14
Respect 15
Soin et compétence 15
Neutralité 15
Transparence 15
Discrétion et confidentialité 15
Relations publiques 16
Charge publique 16
Biens et services de l'Établissement 16
Avantages et cadeaux 17
Interventions inappropriées 17
ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS 17
ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS 18
ARTICLE VII – FIN DU MANDAT 20
ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE 21
8.1 Adhésion au Code 21
8.2 Comité de gouvernance et d'éthique 21
8.3 Comité de discipline 22
ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE 23
ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE 25
ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES 25
ANNEXE I (ARTICLE 8.1.2 DE CE CODE) 26
Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur 26
ANNEXE II (ARTICLE 5.1 DE CE CODE) 27
Avis de bris du statut d'indépendance 27
ANNEXE III (ARTICLE 6.4 DE CE CODE) 28
Déclaration des intérêts d'un administrateur incluant le directeur ou la directrice générale 28
ANNEXE IV (ARTICLE 6.5 DE CE CODE) 29
Formule de déclaration de conflit d'intérêts 29
ANNEXE V (ARTICLE 6.8 DE CE CODE) 30
Signalement d'une situation de conflit d'intérêts d'un administrateur 30
ANNEXE VI (ARTICLE 9.5 DE CE CODE) 31
Affirmation solennelle de discrétion de toute personne chargée de faire enquête dans le cadre du processus disciplinaire édicté en vertu du présent Code d'éthique 31
BIBLIOGRAPHIE 32

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre le CSSS de Kamouraska et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du Conseil d'administration du CSSS de Kamouraska pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* édicte l'obligation, pour les membres des Conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, de se doter d'un Code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du *Code civil du Québec* (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

> *Les membres du Conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des Établissements qu'ils administrent et de la population desservie.*

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CSSS de Kamouraska s'inscrit dans le cadre de la mission de l'Établissement, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. De plus, le Conseil d'administration du CSSS de Kamouraska met l'emphase sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le CSSS de Kamouraska est guidé par sa vision ainsi que ses valeurs qui sont, notamment, le respect des droits des usagers, l'équité dans son offre de service, une accessibilité et une continuité des soins et des services, une vigilance quant à la qualité des soins et des services.

Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans le plan stratégique du CSSS de Kamouraska. Également, le CSSS de Kamouraska se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du Conseil d'administration du CSSS de Kamouraska, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du Conseil d'administration de l'Établissement. En effet, ce Code :

- Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
- Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur du CSSS de Kamouraska. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*, L.R.Q., c. C-1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, L.R.Q., c. M-30.

ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

a) **Administrateur** : un membre du Conseil d'administration du CSSS de Kamouraska, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;

b) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration du CSSS de Kamouraska élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration;

c) **Comité de discipline** : le comité de discipline institué par le Conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;

d) **Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique du CSSS de Kamouraska ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;

e) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence

d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;

f) **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16;

g) **Conseil d'administration** : désigne le Conseil d'administration de l'Établissement;

h) **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement;

i) **Établissement :** désigne le CSSS de Kamouraska

j) **Famille immédiate** : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;

k) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement;

l) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;

m) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;

n) **Personne indépendante**[1] : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou

[1] 3. Sur la portée de la notion de « personne indépendante », nous vous référons au communiqué AJ2011-07 émis le 19 octobre 2011 (résumé).

philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement3;

o) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;

p) **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.

Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste[2].

3.1 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.

3.2 L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.

[2] AQESSS, *Déontologie et éthique* – définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

3.3 L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.

3.4 L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

3.5 L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.

3.6 L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.

3.7 L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.

3.8 L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs[3].

Disponibilité et participation active

4.1 L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du Conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du Conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

[3] AQESSS, Déontologie et éthique – définitions, fiche révisée, janvier 2012,2 p.

Respect

4.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

4.3 L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

4.4 L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du Conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Soin et compétence

4.5 L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

Neutralité

4.6 L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

4.7 L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

4.8 L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

4.9 L'administrateur partage avec les membres du Conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du Conseil d'administration.

Discrétion et confidentialité

4.10 L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve

de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

4.11 L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.

4.12 L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques

4.13 L'administrateur respecte la politique de l'Établissement traitant des relations avec les médias.

Charge publique

4.14 L'administrateur informe le Conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

4.15 L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'Établissement

4.16 L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.

4.17 L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

4.18 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

4.19 L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

4.20 L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

4.21 L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

5.1 L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au Conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au Conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS

6.1 L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.

6.3 L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;
b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;
c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;
d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;
e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

6.4 L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.

6.5 L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De

plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

6.6 Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V-1.1).

6.7 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

6.8 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.

6.9 La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

ARTICLE VII – FIN DU MANDAT

7.1 Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.

7.2 L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.

7.3 L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

7.4 À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

7.5 L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Établissement, de solliciter un emploi auprès de l'Établissement.

ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au Code

8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables. À cet égard, l'administrateur a pris connaissance entre autres du règlement de régie interne du conseil d'administration.

8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

8.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :

a) Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);

b) Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;

c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;

d) Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;

e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;

f) Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;

g) Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline

8.3.1 Le Conseil d'administration forme un comité de discipline composé de trois (3) membres et, d'un membre substitut, nommés par et parmi les administrateurs de l'Établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant. Le comité de discipline est formé pour traiter une situation disciplinaire et est dissout à la fermeture du dossier.

8.3.2 De plus, le Comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du Comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.

8.3.3 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

8.3.4 Le Comité de discipline a pour fonctions de :

a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;

b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;

c) Faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE

9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.

9.3 Le Comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de discipline.

9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

9.5 Le Comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.

9.6 Tout membre du Comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

9.7 Le Comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

9.9 Le Comité de discipline transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) Un état des faits reprochés;
b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

9.10 En application de l'article 9.9 *d)* du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.

9.11 Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux*, (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).

9.12 Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.

9.13 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.

9.14 Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives*, (L.R.Q., c. A-21.1).

ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE

10.1 L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.

10.2 Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le Comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le Conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES

11.1 Entrée en vigueur

11.1.1 Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le Conseil d'administration de l'Établissement.

11.2 Révision

11.2.1 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement tous les trois ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

ANNEXE I (ARTICLE 8.1.2 DE CE CODE)
Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur

Je, soussigné(e), _____,
administrateur du conseil d'administration du CSSS de Kamouraska, déclare avoir pris connaissance du Code applicable aux administrateurs, adopté par le Conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le CSSS de Kamouraska. Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration du CSSS de Kamouraska et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	_____
Signature de l'administrateur	Date	Lieu
_____	_____	
Nom du témoin	Signature du témoin	

ANNEXE II (ARTICLE 5.1 DE CE CODE)
Avis de bris du statut d'indépendance

Je, soussigné(e), _____, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du Conseil d'administration due aux faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____
Signature de l'administrateur Date Lieu

ANNEXE III (ARTICLE 6.4 DE CE CODE)
Déclaration des intérêts d'un administrateur incluant le directeur ou la directrice générale

Je, soussigné(e), _____, administrateur du CSSS de Kamouraska, déclare les intérêts suivants :

- Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat avec le CSSS de Kamouraska ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

- J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non et qui est partie à un contrat avec ou qui est susceptible de le devenir.

_____

_____

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ou organismes concernés.

- J'occupe l'emploi(s) chez l'employeur(s) identifié(s) ci-après.

Emploi	Employeur

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

Signature de l'administrateur	Date	Lieu

ANNEXE IV (ARTICLE 6.5 DE CE CODE)
Formule de déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné(e) _____, déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____
Signature de l'administrateur Date Lieu

ANNEXE V (ARTICLE 6.8 DE CE CODE)
Signalement d'une situation de conflit d'intérêts d'un administrateur

Je, soussigné(e), _____, estime que l'administrateur (ou les administrateurs) suivant(s) :

_____

_____

sont en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Je demande l'avis du comité de gouvernance et d'éthique.

Je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, (L.R.Q., c. A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature de l'administrateur	Date	Lieu

ANNEXE VI (ARTICLE 9.6 DE CE CODE)
Affirmation solennelle de discrétion de toute personne chargée de faire enquête dans le cadre du processus disciplinaire édicté en vertu du présent Code d'éthique

Je, soussigné(e)_____,
affirme solennellement Nom de la personne

que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.

_____ _____ _____
Signature de l'administrateur Date Lieu

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, *Rapport annuel de gestion 2010-2011*, p. 92-94.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, *Code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux*, 1997, 24 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux*, 24 septembre 2010, 11 p.

ASSOCIATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Éthique et directeur général*, février 1987, 10 p.

CENTRE JEUNESSE DE L'ESTRIE, *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, Rapport annuel de gestion, 2010-2011*, p. 37.

CENTRE JEUNESSE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Rapport annuel de gestion 2010-2011*, p. 24, 25.

CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, p. 83, 84.

CONFÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE RÉADAPTATION ET LA FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, *Un guide à l'intention des administrateurs du réseau de la santé et des services sociaux sur le Code d'éthique et de déontologie*, décembre 1997, 44 p.

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DE L'ESTRIE, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, p. 45-47.

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Code d'éthique et de déontologie, Vivre ensemble, Rapport annuel de gestion 2010-2011*, p. B.1-B.15.

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU COEUR-DE-L'ÎLE, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, p. 51-61.

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MANICOUAGAN, *Rapport annuel 2010-2011*, p. 67-74.

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX RICHELIEU-YAMASKA, *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, p. 81-87.

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE, *Rapport annuel de gestion 2010-2011*, p. 61-64.

COMMISSION ADMINISTRATIVE DES RÉGIMES DE RETRAITE ET D'ASSURANCES, *Rapport annuel de gestion 2011*, p. 77-84.

COMMISSION DES SERVICES JURIDIQUES, *39e Rapport annuel de gestion*, p. 94-98.

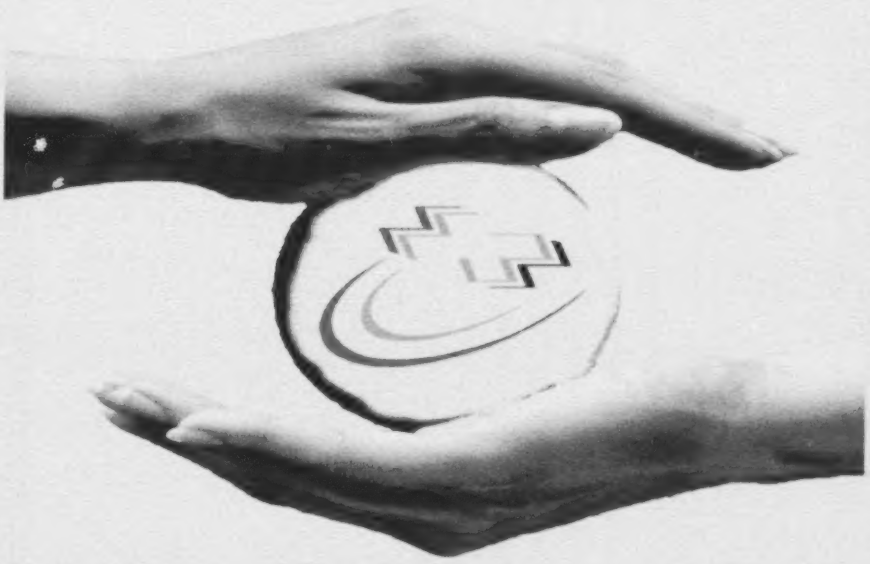
DIRECTION DES ASSURANCES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil des gouverneurs et du Comité consultatif des assurances*, 11 mai 2012, 11 p.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL, *Rapport annuel de 2010-2011*, p. 46, 47.

PALAIS DES CONGRÈS DE MONTRÉAL, *Rapport annuel 2010-2011*, p. 107-113.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, Rapport annuel de gestion 2010-2011, p. 123-128.

ANNEXE E – RAPPORT DE LA FONDATION DE L'HÔPITAL DE NOTRE-DAME-DE-FATIMA



Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima

Rapport annuel 2014

MISSION

Sensibiliser les principaux secteurs de la population à l'importance de leur rôle afin que le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska soit en mesure de répondre aux besoins de santé et sociaux des citoyens du Kamouraska et maintenir ces services dans le milieu Kamouraskois.

Message du président du conseil et de la directrice 3-4

Présentation du conseil d'administration 5

Événements et activités 2013 6

États Financiers 7

Calendrier 2015 8

Remerciements 8

MESSAGE *du président*

Au nom du conseil d'administration, il me fait extrêmement plaisir de vous présenter le rapport annuel 2014 de la Fondation. Une 30e année d'engagements et de réalisations, ce n'est peu rien. La Fondation est administrée par 12 membres, actifs et engagés, qui font rayonner sa mission dans l'ensemble de la communauté. Des leaders qui ont vu au développement d'une vision porteuse et stratégique.

Cette dernière année en a été une de constat et de positionnement. Afin de lui permettre de relever les défis qui se présenteront au cours des prochaines années, la Fondation s'est dotée d'une planification stratégique qui s'articule autour de 3 grands axes, la reconnaissance, la transparence et l'innovation. Dans la foulée des changements à venir avec l'annonce de l'arrivée d'une nouvelle structure organisationnelle de gestion des soins de santé, la Fondation souhaite établir des liens plus étroits que jamais avec le personnel, les médecins, les donateurs et le public.

La Fondation est le partenaire privilégié des installations de santé kamouraskoises en matière philanthropique et tous ensembles font équipe afin de toujours être à l'avant-garde dans l'excellence des soins et des services de santé offerts à la population. À cet égard, nous sommes fiers de mentionner que la contribution de la Fondation pour la dernière année financière envers le CSSSK a été de l'ordre de 71 155 $. Depuis ses débuts en 1984, c'est plus de 1,2 millions de dollars qui ont été investis dans votre santé.

Merci à tous les intervenants, donateurs et commanditaires, bénévoles, employés et médecins, qui ont contribué au cours des années à rendre le CSSSK, l'établissement de santé hautement efficace qu'il est aujourd'hui. Chaque geste compte. L'amélioration et l'accessibilité à des soins et des services de santé de qualité doivent demeurer, plus que jamais, une priorité.

Merci de nous accorder votre confiance et votre appui. Vos généreuses contributions sont au cœur de notre action. Au cœur des gens d'ici.

Santé !

Gaétan Lévesque, M.D.
Président

MESSAGE de la directrice générale

2014 Une 30e année parsemée d'engagements et de belles réalisations.

Se rapprocher de vous...

Chaque année, la générosité de notre communauté de donateurs, partenaires et commanditaires nous touche droit au cœur.

La Fondation se sent privilégiée d'être entourée de dévoués bénévoles provenant d'horizons divers qui enrichissent les projets de la Fondation grâce à leur regard vers l'avenir et à leurs compétences. Un merci particulier aux administrateurs du conseil d'administration et aux personnes actives des différents comités organisateurs qui contribuent à accroître la notoriété de notre organisme.

L'apport de toutes ces personnes représente une richesse de point de vue et d'expertise indispensables au succès de l'organisation. En parcourant les prochaines pages, vous constaterez tous les efforts déployés par cette belle équipe afin de contribuer directement à la santé et au mieux-être de la population.

La Fondation vous garantit un impact optimal pour chaque dollar investi dans la réalisation de sa mission. Merci de renouveler votre engagement envers la Fondation et de nous aider à aider vos enfants, vos familles, vos amis...

Merci pour votre générosité et votre confiance... vous contribuez à améliorer et assurer la pérennité de nos soins et services de santé, un projet à la fois.

Merci de nous aider à faire plus... à faire mieux!

Sophie Robichaud
Directrice générale

PRÉSENTATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Au 31 décembre 2013, le conseil d'administration de la Fondation est composé de 11 membres actifs et dévoués. Pour mener à bien les projets de la Fondation, ils s'impliquent aux différentes activités et à la représentation régionale.

À la fondation depuis 2009. Dr Gaétan Lévesque poursuit son mandant à la présidence de la Fondation avec cette équipe d'administrateurs qui y croient.

Merci à ces gens de cœur!

Exécutif

Président
Dr Gaétan Lévesque
DSP CSSS de Kamouraska

Vice-président
M. Pierre Marchand, pharmacien
Co-fondateur

Secrétaire
Mme Aline Fortin
Co-fondatrice

Administrateurs

Mme Marielle Bélanger
Présidente
Auberge Cap Martin

Me René Chamard
Avocat
Membre Lions

Mme Jacinthe Chénard
Adjointe administrative
CSSSK

M. Mario Chouinard
Directeur Caisse populaire
l'Anse de La Pocatière

Mme Marielle Dancause
Membre retraitée

Mme Guylaine Ouellet
Infirmière gestionnaire
CSSSK

Mme Lyne Pelletier
Adjointe administrative
Thibault GM – La Pocatière

Mme Marie-Claude Ouellet
Directrice générale CSSSK

Direction

Mme Sophie Robichaud
Directrice générale

ÉVÉNEMENTS ET ACTIVITÉS

Voici une brève description des principales activités de collectes de fonds de la Fondation pour l'année en cours.

17E ÉDITION TOURNOI DE LA SANTÉ

7 juin 2014 au Club de golf de Saint-Pacôme

Partenaires majeurs : Regroupement des caisses Desjardins du Kamouraska
Familiprix St-Pascal
Uniprix La Pocatière

Président d'honneur : M. Guy Charest, président
Construction Marcel Charest et fils

Sommes nettes amassées : **18 606 $**

23E ÉDITION SOUPER BÉNÉFICE LIONS-FONDATION

8 novembre 2014 au Collège de Ste-Anne

Partenaires majeurs : Regroupement des caisses Desjardins du Kamouraska
Familiprix St-Pascal
Uniprix La Pocatière

Président d'honneur : **Monsieur Bernard Bélanger**
Premier-Tech

Sommes nettes amassées : **2 993 $**

Projet financé :
Achat d'un moniteur de signes vitaux pédiatrique

7 000 $

21E ÉDITION GRAND MC DON

6 mai 2014 au Restaurant Mc Donald –La Pocatière

Offert et organisé par : M. Richard Juneau, prop

17 650 $

TOURNÉE OPÉRATION ENFANT SOLEIL 2014

27 MARS 2014 CSSS de Kamouraska

Fond Marie Soleil Tougas

Projet financé :
Isolette et civière de transport néo-natalogie en partenariat avec le MSSS

6 000 $

8E ÉDITION COURSE CLAUDIE-OUELLET

16 mai 2014 Écoles primaires et secondaires

Offert et organisé par :
Élèves de l'École secondaire Chanoine-Beaudet
Commission-Scolaire Kamouraska-Rivière-du-Loup

Projet financé :
Réaménagement de la chambre pédiatrique et aménagement espace pour les enfants à l'urgence

15 000 $

1ÈRE ÉDITION LOTO-FONDATION

LANCEMENT FÉVRIER 2014

Projet financé :
Achat en 2015 d'un appareil FAST Echo pour l'urgence en partenariat avec le CSSS de Kamouraska

ÉTATS FINANCIERS

RÉSULTATS EXERCICE TERMINÉ LE 31 DÉCEMBRE 2014		
PRODUITS	**2014 ($)**	**2013 ($)**
Activités	70 355	76 717
Dons et cotisations	29 003	20 164
Virements des apports reportés	46 175	51 427
Intérêts	45 733	45 100
Total	**191 266**	**193 408**
CHARGES		
Activités	55 826	45 163
Administration	46 087	36 593
Total	101 913	81 756
EXÉDENT DES PRODUITS SUR LES CHARGES AVANT ATTRIBUTIONS	**89 353**	**111 652**
ATTRIBUTIONS		
CSSSK - Engagement	37 421	36 409
CSSSK- Campage Onco-Soins pall.	7 825	6 000
CSSSK- Opération Enfant Soleil	17 650	15 474
CSSSK- Grand Mc Don	4 765	22 429
CSSSK- Course Claudie Ouellet	3 494	5 090
CSSSK- CHSLD		2 434
CSSSK- Activités spéciales		2 532
Total	**71 155**	**90 368**
EXÉDENT DES PRODUITS SUR LES CHARGES	18 198	21 284

BILAN AU 31 DÉCEMBRE 2014		
ACTIF ($)	**2014 ($)**	**2013 ($)**
ACTIF À COURT TERME		
Encaisse	6 284	16 416
Placements, échéant prochain exercice	25 405	130 030
Créances (note 5)	36 935	37 860
Stocks	2 232	909
Total	**70 856**	**185 215**
PLACEMENTS	1 125 264	977 474
IMMOBILISATIONS	11 475	2 296
Total	**1 207 595**	**1 164 985**
PASSIF ($)		
PASSIF À COURT TERME		
Créditeurs	11 067	11 765
Total	11 067	11 765
APPORTS REPORTÉS (note 9)	91 267	66 157
Total	**102 334**	**77 922**
ACTIF NET ($)		
INVESTI EN IMMOBILISATION	11 475	2 297
NON AFFECTÉ	1 093 786	1 084 766
Total	**1 105 261**	**1 087 063**
	1 207 595	**1 164 985**

Le rapport financier vérifié par la firme **RAYMOND CHABOT GRANT THORNTON** est disponible sur demande.

Merci,

à tous nos donateurs, bénévoles, partenaires et collaborateurs de nous donner les moyens de nos ambitions.

Merci d'y croire, merci d'être là!

On vit de ce que l'on obtient.
On construit sa vie sur ce que l'on donne.
Winston Churchill

Calendrier 2015

18e édition du Tournoi de la Santé
Le vendredi 5 juin 2015
Club de golf St-Pacôme

2e édition de la Loto-Fondation
15 000 $ en prix à gagner
Début de la vente des billets : Automne 2015

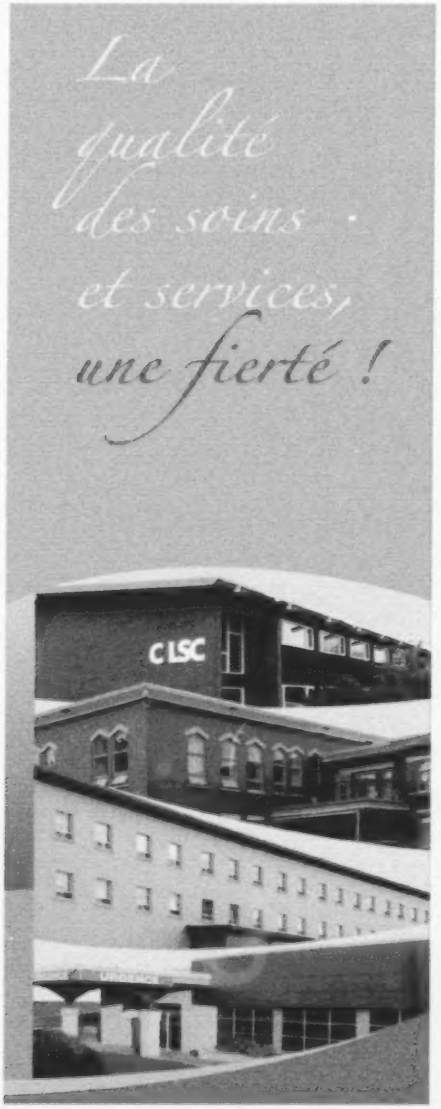
24e édition du Souper bénéfice Fondation-Lions La Pocatière
Le samedi 12 novembre 2015
Collège Ste-Anne de La Pocatière

» ÉGALEMENT :

Tournée Opération Enfant soleil
15 avril 2015

Grand Mc Don
Mai 2015
Restaurant McDonald de La Pocatière

Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima
1201, 6e avenue
La Pocatière (Québec) G0R 1Z0
Tél : 418 856-7000 poste 7395
Fax : 418 856-4737
Fondationhndf.csssk@ssss.gouv.qc.ca
http://www.cssskamouraska.ca/fondation.php

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska se préoccupe d'offrir une prestation de soins et de services sécuritaire et de qualité. Joignez-vous à notre équipe !

Contactez la direction des ressources humaines et du développement organisationnel en composant le : 418 856-7000, poste 3220 (secrétariat) ou le 418 856-7000, poste 3214 (secteur dotation).